

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

139

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Février 1895, à heure

PAR

MANSON Albert

Né à Toul (Meurthe-Moselle) le 28 mars 1865.

Interne des hôpitaux de Paris et de la Clinique ophtalmologique de la Faculté
Préparateur du laboratoire et du cours d'anatomie à l'amphithéâtre des hôpitaux
Ancien moniteur à la clinique d'accouchements de la Faculté de Paris
Lauréat de la Faculté de médecine de Nancy.

Traitement des Adénopathies tuberculeuses

PAR L'EXTIRPATION

et en particulier chez les Enfants

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM.

{	LANDOUZY, professeur.
	LETULLE, agrégé.
	POIRIER, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556021_0053

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le

1895, à heure

PAR

MANSON Albert

Né à Toul (Meurthe-Moselle) le 28 mars 1865.

Interne des hôpitaux de Paris et de la Clinique ophtalmologique de la Faculté
Préparateur du laboratoire et du cours d'anatomie à l'amphithéâtre des hôpitaux
Ancien moniteur à la clinique d'accouchements de la Faculté de Paris
Lauréat de la Faculté de médecine de Nancy.

Traitement des Adénopathies tuberculeuses

PAR L'EXTIRPATION

et en particulier chez les Enfants

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. } LANDOUZY, professeur.
 } LETULLE, agrégé.
 } POIRIER, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	N ^{III}
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAILET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILÉAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

139

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAIRE

(Externat 89-90)

MESSIEURS LES DOCTEURS MAURIAC, RENDU, FERRAND,
GAUCHER, E. LABBÉ

(Internat provisoire, 90-91)

MESSIEURS LES DOCTEURS PRENGRUEBER, POLAILLON,
WALTHER

(Internat titulaire 91-92)

MONSIEUR LE DOCTEUR QUÉNU

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUTIER

(Internat titulaire 92-93)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE

MONSIEUR LE DOCTEUR BROCA

(Internat titulaire 93-94)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PANAS

(Internat titulaire 94-95)

A MA FAMILLE

A MES AMIS

INTRODUCTION

Le sujet de notre thèse nous a été inspiré, pendant notre internat à l'hôpital Trousseau, par Monsieur le docteur Broca qui nous a aidé à mener à bien ce travail. Nous l'avons assisté dans la majorité des cas d'extirpation que nous avons colligés, et le manuel opératoire que nous décrivons est celui qu'il employait sous nos yeux. Dans nos résultats, nous nous sommes bornés à ceux de la pratique d'un seul chirurgien, afin que ces résultats soient bien comparables entre eux.

Monsieur Broca a été pour nous plus qu'un maître, car il nous a honoré de son amitié qu'il nous a conservée et témoignée fréquemment depuis que nous avons quitté le service, nous ayant déjà manifesté sa confiance en nous laissant si souvent opérer nous-même.

Notre travail n'est qu'un reflet des excellentes leçons et de la longue expérience de M. le professeur Lannelongue. Durant treize mois d'internat passés dans son service nous avons pu apprécier son savant enseignement, sa sûreté de diagnostic et en particulier sa profonde connaissance des affections tuberculeuses chez les enfants. Il nous fait le grand honneur de présider notre thèse : c'est une marque de bienveillance qu'il nous donne encore et dont nous lui sommes profondément reconnaissant.

Nous sommes heureux que l'usage nous permette de remercier tous ceux qui, durant nos études médicales, furent nos maîtres dévoués et en particulier ceux auprès desquels nous avons passé une année entière dans les hôpitaux.

Monsieur le docteur Quénu, à l'hôpital Cochin, nous a souvent confié le bistouri et prodigué, à cette époque et depuis, cette bienveillance que savent apprécier ses élèves. Nous avons admiré ses hautes qualités chirurgicales, son enseignement clinique, et tous ceux dont il est le maître ont pour lui comme nous l'estime la plus profonde.

A Monsieur le professeur Panas, chez qui nous avons l'honneur d'être interne, nous serons toujours reconnaissant de ce qu'il nous a appris dans son enseignement de chaque jour et dans ses leçons cliniques si suivies.

Notre année d'externat s'est écoulée chez M. le professeur Tarnier, ce qui nous a fait profiter de sa longue expérience à laquelle s'est toujours jointe une affabilité sans bornes. Nous avions en même temps pour maître, M. le docteur Bonnaire, à qui nous adressons nos plus vifs remerciements pour le bienveillant appui qu'il nous a prêté en maintes circonstances.

Monsieur le docteur Gilbert, sans avoir été notre chef de service, nous a sans cesse prodigué ses bienveillants conseils : aussi n'oublierons-nous jamais les nombreuses marques d'amitié qu'il nous a toujours données.

HISTORIQUE

S'il est un sujet sur lequel on ait écrit, discuté, sans arriver à se mettre d'accord, c'est bien celui que nous avons choisi pour notre thèse. Si l'on cherche à se former une opinion d'après les nombreux travaux qu'on a vu éclore depuis l'antiquité jusqu'à la période actuelle, si l'on veut même se limiter et juger la question sur les idées défendues depuis l'ère toute moderne de l'antisepsie, on pourrait presque affirmer que tous les traitements sont excellents, car chaque défenseur d'un procédé semble apporter à son appui des preuves souvent si convaincantes qu'il semble ne rien exister de bon en dehors de sa méthode.

Et pourtant la question reste en suspens. Ce qui donne aux uns des succès procure à d'autres des résultats médiocres et l'esprit erre sans oser choisir dans le dédale des opinions.

Nous n'avons pas la prétention de clore la discussion : tant qu'on n'aura pas découvert le spécifique de la tuberculose, le dernier mot ne sera pas dit. Nous n'avons eu qu'un but : chercher dans les opinions et les observations rapportées par d'autres ce qui milite pour ou contre tel ou tel mode de traitement. Nous n'aurons qu'un mérite : celui d'exposer avec franchise les observations des malades que nous avons vus, suivis, contrôlés, et d'après lesquelles nous sommes arrivé à poser des conclusions, heureux si nous avons pu apporter un appoint aux défenseurs du traitement chirurgical des adénites tuberculeuses. Si nous préconisons un traitement chirurgical, il ne s'ensuit pas que nous fassions table rase des idées médicales.

La médecine et la chirurgie ont entre elles trop d'anastomoses pour qu'on puisse être exclusif, et l'appui qu'elles se doivent mutuellement prêter devrait être plus souvent compris.

Il nous paraît inutile, avant d'aborder le fond de notre sujet, de faire l'historique de la question. Tant d'autres avant nous l'on traitée, qu'il ne reste même plus à glaner après eux, et nous ne pourrions que recopier ce que nos prédécesseurs ont déjà dit et redit les uns après les autres.

C'est surtout de l'extirpation que nous parlerons, et qu'elle ait eu ses partisans ou ses détracteurs parmi les Anciens, en somme peu nous importe. Qu'Hippocrate, Galien, Vésale, Fallope, Sanctorius, Amb. Paré, l'aient pratiquée, que plus près de nous Larrey, Baudens, Sédillot, Velpeau..... s'y soient ralliés, nous laisserons de côté, de parti pris, toutes les opinions chirurgicales antérieures à l'époque de l'application de la méthode antiseptique.

Avant elle, des chirurgiens d'égale valeur pouvaient avoir des résultats opposés : ils n'étaient pas armés contre les hémorrhagies, la suppuration, ils ne pouvaient obtenir de réunion par première intention. Il ne faut donc pas comparer ce que l'on osait, ce que l'on devait faire avant l'antisepsie, avec ce que l'on ose, ce que l'on doit faire depuis.

ÉTIOLOGIE

DES ADÉNOPATHIES SCROFULEUSES CONSIDÉRÉES COMME TUBERCULOSES LOCALES

Il serait parfaitement oiseux de revenir sur les anciennes discussions sur la scrofule et la tuberculose : leur identité est un fait aujourd'hui établi et la théorie dualiste a fait son temps. Le bacille de Koch habite les ganglions strumeux : c'est démontré par les inoculations et les examens microscopiques.

Mais avant de discuter sur l'opportunité et la valeur des divers traitements, se place une considération très importante qui est celle de savoir si l'adénopathie scrofuleuse est une tuberculose locale ou localisée. Locale, c'est-à-dire un accident dont la suppression avant sa généralisation pourra guérir le malade ; localisée, c'est-à-dire l'expression d'un état général, la manifestation en un point déterminé de la vitalité du bacille ayant élu domicile dans l'organisme entier.

Dans le premier cas nul doute, on devrait supprimer la cause pour annihiler les conséquences ; dans le second, quand bien même l'intervention aurait fait disparaître un foyer quelconque, s'ensuit-il qu'on aurait arrêté l'évolution de la maladie, ses localisations ultérieures et l'envahissement d'autres organes, déjà malades peut-être, sans qu'on en ait encore des preuves palpables.

Ce qui est exact en clinique, c'est qu'il existe des tuberculoses locales, que celles-ci sont susceptibles de guérison parfaite, et que les glandes scrofuleuses peuvent être placées dans ce cadre.

D'ailleurs leur étiologie va encore nous éclairer sur la question.

Nous nous rangeons à l'opinion classique en considérant trois ordres de faits :

I. — L'ADÉNITE TUBERCULEUSE SUCCÈDE A UNE LÉSION ORIGINELLE
TUBERCULEUSE ELLE-MÊME.

Dans le domaine médical pur, la tuberculose des ganglions mésentériques à la suite d'ulcération intestinale de même nature est très connue.

A l'aisselle (1) l'adénopathie peut être une manifestation secondaire de l'affection pleuro-pulmonaire déjà arrivée à une période avancée et qui se montre ainsi extérieurement et à distance par un nouveau symptôme. Les observations n'indiquent pas cette règle comme absolue : un malade atteint de tuberculose pulmonaire peut avoir ses ganglions axillaires et cervicaux sains, au moins en apparence, mais il est vrai que l'affection partie des poumons peut aller gagner les ganglions du cou en suivant la chaîne trachéo-bronchique.

Dans les tumeurs blanches, arthrites fongueuses du genou, du pied, coxo-tuberculose, on sait combien fréquemment il y a retentissement sur les ganglions inguinaux et pelviens, et notre maître M. le professeur Lannelongue, a trop attiré l'attention sur ces faits pour qu'il soit nécessaire d'y revenir.

Dans d'autres cas l'envahissement ganglionnaire (2), « revêt en quelque sorte un caractère expérimental; nous voulons parler des tuberculoses par inoculation. L'atteinte ganglionnaire manque alors rarement, mais elle peut être tardive, et l'adénopathie demande un certain temps pour devenir accessible à l'exploration :

(1) Olymptis, th. Montpellier, 1889. — Hervouet, th. doc. Paris, 1877. — Barety, th. Paris, 1878. — Couvreur, th. doct. Paris, 1892. — Terrillon, Bull. de thérapeutiq. 15 déc. 1889. — Leloir (des adénop. tub, secondaires au lupus). Revue de chirurgie 1889, page 510.

(2) Lejars. Presse médic., 1894, page 164.

la lymphangite tuberculeuse n'est pas un intermédiaire obligé entre la lésion d'entrée cutanée ou muqueuse et la lésion ganglionnaire. » Nous croyons plus juste de dire que la lymphangite tuberculeuse n'est pas dans ces cas toujours appréciable macroscopiquement, mais que sans doute elle doit exister. La lymphangite avec lymphatiques épaissis, bosselés, formant autant de cordelettes à nœuds qui deviendront plus tard des gommages et des abcès froids, ne se rencontre pas chaque fois que les ganglions sont pris consécutivement à une lésion primordiale cutanée, muqueuse ou profonde (tumeur blanche) et le contraste est frappant entre la fréquence de l'adénite tuberculeuse et la rareté de la lymphangite. Est-ce parce que le bacille de Koch irrite peu la paroi lymphatique ou, comme on l'a dit, parce qu'il est charrié trop vite pour avoir le temps de s'y fixer ? Ce qui est vrai, c'est que les ganglions lui offrent un terrain de culture plus favorable, et Lépine (1), dans ses recherches sur la lymphangite pulmonaire, trouvait assez fréquemment la paroi des vaisseaux lymphatiques infiltrée seulement de granulations grises alors que les ganglions étaient déjà caséux. Ce qui est bien prouvé, c'est que la lymphangite tuberculeuse (2) existe et les lymphatiques doivent naturellement servir de trait d'union entre les ganglions et la lésion initiale. Verchère, dans sa thèse sur les portes d'entrée de la tuberculose, cite de nombreux exemples d'inoculation par la peau, exemples multipliés depuis par Reclus, Besnier, Vidal, Hanot, Merklen, Raymond, Nocard...

« La (3) circoncision rituelle a donné lieu, dans un nombre assez élevé d'observations, à l'inoculation tuberculeuse du prépuce et du gland, et maintes fois on a vu se produire, à la suite de cette tuberculisation directe, le bubon strumeux inguinal. Hofmøhl enleva des deux aînés d'un enfant de dix mois, inoculé

(1) Archives de physiologie, 1870.

(2) Lejars. Traité de chirurgie, page 676. Tome I.

(3) Lejars. Presse médicale, 1894, page 163.

au prépuce par la salive du rabbin, 30 ganglions ramollis et caséux, dans lesquels fut décélé le bacille de Koch ; Eve, de Londres, sur un enfant de cinq mois, qui avait subi pareille manœuvre, constata dans les deux triangles de Scarpa, une grosse tumeur fluctuante, et sur l'un des côtés du frein, une ulcération caractéristique : il ouvrit les deux tumeurs qui étaient remplies de matière caséuse. Ici les masses ganglionnaires étaient apparues six semaines après l'inoculation et du reste, en pareil cas, l'adénopathie est d'ordinaire précoce ».

Klotz (1) rapporte qu'en octobre 1882, s'étant blessé à l'index gauche, pendant l'extirpation d'un paquet ganglionnaire strumeux, il eut, quatre semaines après, une adénopathie axillaire. La manifestation tardive du gonflement, son peu de douleur, firent soupçonner d'abord une infection syphilitique, quoique le malade inoculateur n'en eût présenté aucun symptôme. Mais bientôt survinrent de la fièvre, des douleurs articulaires, et en une semaine son état général devint si mauvais qu'un de ses collègues procéda rapidement à l'extirpation des ganglions malades. Ceux-ci renfermaient de nombreux foyers purulents miliaires, et un certain nombre de foyers collectés. Quelques jours après l'extirpation, la fièvre cessait, la plaie opératoire guérit rapidement et Klotz se rétablit complètement.

Voilà donc un premier groupe de faits bien définis : le bacille de Koch a trouvé soit sur la muqueuse, soit sur la peau une porte d'entrée : il a proliféré localement, donnant un tubercule anatomique, une ulcération, un chancre tuberculeux (Hipp. Martin), et par les lymphatiques, les ganglions à leur tour sont devenus malades et vont être, pour les ganglions suivants, un foyer d'infection. Poncet appelle l'attention sur ce fait que les lésions débutent par les ganglions superficiels, rarement par les profonds ; ces derniers sont pris ultérieurement alors que l'infection semble provenir des premiers et, suivant le terrain, s'étendre plus ou moins rapidement jusqu'à eux.

(1) Berliner klinische Wochenschrift, 10 février 1890.

Il faut donc supprimer la lésion initiale.

Entendons-nous. Plus haut, nous avons parlé d'adénopathie axillaire, cervicale, consécutive à la tuberculose pulmonaire. Il va de soi que dans ces cas, comme dans les cas similaires où l'adénopathie n'est qu'un épiphénomène d'une lésion primitive assez sérieuse elle-même pour tuer le malade, nous sortons du domaine de la chirurgie, et l'intervention n'est pas indiquée, car « la gravité de l'adénopathie s'efface généralement alors devant celle de la lésion qui lui a donné naissance (1) ».

Peut-être nous objectera-t-on ce qu'a dit Jeannel (2), de Toulouse : « Si la tuberculose inoculée reste un certain temps » une lésion purement locale, on peut espérer prévenir l'infec- » tion générale par un traitement local énergique capable de » détruire le virus avant sa généralisation. On peut encore » s'efforcer de rendre l'organisme réfractaire à la culture du » virus par un traitement institué pendant tout le temps » nécessaire à l'inoculation locale de ce virus. Si au contraire la » tuberculose devient générale presque aussitôt après l'inocu- » lation, il ne faut plus songer à prévenir la généralisation » mais bien à guérir la maladie généralisée. On peut alors » supprimer chirurgicalement la tuberculose locale développée » au point inoculé. On guérira une lésion locale, on n'empê- » chera pas la tuberculose généralisée latente de se manifester » ultérieurement ; mais alors ces manifestations ultérieures ne » seront plus des tuberculoses locales ; ce seront des tubercu- » loses localisées ».

Si le fait est vrai lorsqu'il s'agit de la syphilis, pour la tuberculose l'opinion de Jeannel nous semble non-seulement exagérée, mais seulement défendable théoriquement. Qu'à la suite d'une infection tuberculeuse locale le bacille prolifère et dans le champ de l'inoculation, et dans les ganglions qui en reçoivent les lymphatiques, mais encore qu'il se répande dans

(1) Lannelongue La tuberculose chirurgicale. Paris, 1893. Masson, éditeur.

(2) Voir la thèse de Vidal, Paris, 1891.

tout l'organisme, cela ne prouve pas que la tuberculose devienne générale. Il y a trop d'exemples d'individus guéris de leurs lésions bacillaires et parvenus à l'âge le plus avancé pour croire qu'après la suppression d'une lésion locale une tuberculose généralisée latente menacera constamment de se manifester ultérieurement.

Est-ce qu'un sujet infecté ne peut se défendre? Est-ce que ses phagocytes n'arriveront pas à lutter, à englober les bacilles, et définitivement à rester victorieux, à moins que l'organisme, mis dans un état d'infériorité, par une cause intercurrente, se défende de moins en moins contre l'agression, ou que cet organisme restant sain dans sa presque totalité, un tissu, un organe s'affaiblisse au point de devenir un lieu de moindre résistance où se cantonnera la tuberculose? C'est ce qui nous conduit à exposer la seconde série de faits.

II. — LA TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE SE GREFFE EN QUELQUE SORTE SUR UN FOND D'ADÉNITE AIGUE OU CHRONIQUE SIMPLE

Ces cas sont les plus nombreux, et si la tuberculose des glandes lymphatiques est surtout une maladie de la deuxième enfance et de l'adolescence (Lannelongue), si c'est de huit à vingt ans d'après Billroth qu'elle est la plus fréquente, si toutes les statistiques sont d'accord sur ce point, c'est que : « c'est (1) surtout dans cette période de la vie que la circulation lymphatique est très active, plus encore dans le jeune âge que chez l'adulte : les glandes lymphatiques sont relativement moins grandes chez ce dernier que chez l'enfant où le système lymphatique est donc plus susceptible d'être atteint. » (Read.)

C'est à cet âge encore que les causes d'infection banale des ganglions sont multiples : les poussées de périostite alvéolo-dentaire, les amygdalites, les angines, la gourme, la blépharite, l'otite,

(1) Read. New-York med. journal, 1887 — 8 janvier.

l'impétigo du cuir chevelu, tous les parasites, compagnons habituels des enfants qui alimentent les hôpitaux, enfin la rougeole, la scarlatine.....

Voilà donc l'adénopathie déclarée, mais elle n'a rien encore de spécifique : c'est une infection banale. Le ganglion est mis en état d'infériorité, de déchéance : il peut devenir tuberculeux. Car, si le bacille est la condition indispensable de la tuberculose, il n'en est pas la raison suffisante. « Il faut que l'organisme consente à l'invasion, qu'il offre un sol favorable où les germes puissent pulluler. » (Reclus).

Le sol favorable, l'infection banale s'est chargée de le préparer, et souvent avec elle des causes adjuvantes (mauvaise nourriture, air confiné, hérédité morbide, parents tuberculeux, ou alcooliques). Quant au bacille, il n'est pas difficile à trouver : il existe partout, dans l'air, dans les poussières, dans les débris de crachats desséchés, et la voie pulmonaire est un chemin tout tracé à l'infection (Tappeiner)(1). La voie digestive en est un autre. (Chauveau et Pauli, H. Martin).

Le poumon et le tube digestif auront pu résister à l'invasion, servir seulement de lieu de passage, mais les ganglions déjà atteints par une inflammation ou un traumatisme antérieurs vont devenir une proie facile.

La tuberculose va créer dans les ganglions une lésion qui restera pendant plus ou moins de temps, peut-être toujours locale, mais sera une menace perpétuelle d'ensemencement pour d'autres points de l'organisme.

• Dans ces cas l'adénopathie doit être considérée comme la lésion originelle et traitée de même.

Nous arrivons maintenant à la dernière catégorie.

(1) Trappeiner a démontré qu'on peut rendre les chiens tuberculeux en pulvérisant dans leur niche des crachats de phtisiques. Schmith a trouvé des bacilles dans de la ouate au travers de laquelle il avait fait respirer un malade atteint de cavernes.

III. — LA TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE PRIMITIVE

Mais ce chapitre n'en est pas un à proprement parler. C'est dans ce cadre qu'on place les adénopathies tuberculeuses pour lesquelles on ne trouve pas de lésion d'origine, ni spécifique, ni banale. Ce sont assurément des cas où l'infection primordiale a été si minime qu'elle a passé inaperçue.

En résumé, quand un malade est atteint d'adénopathie tuberculeuse, il doit être considéré comme souffrant d'une affection locale qui doit être supprimée parce qu'elle peut devenir une source d'épuisement, de complications, et d'envahissement de l'organisme, et déjà en 1872, Hueter (1) faisait comprendre le danger qu'il y avait à respecter les adénites à ce point de vue.

(1) Volkmann, Sammlung klinischer, Vorträge, n° 49, 1872.

DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES CHEZ LES TUBERCULEUX

Si la doctrine de l'intervention est guidée par ces deux considérations : l'extension fréquente sinon habituelle d'un foyer primitif, la généralisation, c'est-à-dire l'infection partant de ce foyer, il surgit cependant une objection : intervenir pour les lésions tuberculeuses, n'est-ce pas se mettre en contradiction avec tout ce qu'on a dit sur la gravité opératoire chez les bacillaires.

Cette théorie a eu ses jours de gloire et ses défenseurs illustres. Parmi eux, Verneuil surtout en fut un fervent partisan. Dans une communication faite devant l'Association française pour l'avancement des sciences (Rouen 1883) et la Société de chirurgie (1883), il voulut prouver : 1° qu'à la suite des opérations pour tuberculoses locales on provoquait l'envahissement des parties voisines ou la formation de foyers secondaires en divers points rapprochés ou éloignés du foyer primitif ; 2° que l'infection généralisée, phtisie galopante, méningite, pouvait suivre directement l'opération, les vaisseaux sanguins et lymphatiques ouverts dans la plaie, ayant absorbé les bacilles et les ayant disséminés dans toute l'économie, ou le traumatisme ayant donné un coup de fouet à la diathèse.

Cette opinion a aussi été nettement exprimée par König de Göttingen au 13^e congrès des chirurgiens allemands. On trouvera ces discussions reproduites dans les thèses de Nélaton, Petitot, Leroux, Coudray, Thiéry.

C'étaient là des idées spéculatives qui n'ont plus cours aujourd'hui. Si l'on a vu des récidives sur place, il ne faut pas les attribuer à l'inoculation des parties voisines d'un foyer par l'intervention, mais simplement à la continuation du processus tuberculeux incomplètement enlevé. Ainsi, quand on traite par le curetage des foyers osseux, ce n'est pas toujours une, mais trois, six, dix fois souvent qu'il faut les poursuivre à la curette parce qu'il est rare en une opération de ce genre d'enlever tout le tissu malade, et qu'il faut s'attaquer à lui dès qu'on le voit repulluler. Et ces malades guérissent.

D'ailleurs sans la moindre intervention l'inoculation de parties voisines d'un foyer initial se produit. Elle a été signalée d'abord par M. Lannelongue, qui a vu à la suite de spina-ventosa des doigts, naître, sans aucune espèce d'intervention, des abcès sur le dos de la main et sur l'avant-bras.

Soutiendrait-on l'infection généralisée, le réveil de la diathèse, son aggravation après une intervention ? Certes des faits semblables existent, des malades sont morts de tuberculose pulmonaire, méningée, de polyadénopathie après des opérations. Mais qui prouve que l'opération a été la cause exceptionnelle ? Cela reviendrait à dire *post hoc*, ergo propter hoc. Le principe est faux. Ce qui est vrai, c'est que la tuberculose a continué son invasion et a tué le malade après l'intervention mais non à cause d'elle, et sans qu'il y ait eu intervention, on voit chez des malades des généralisations se produire.

En consultant les statistiques on ne trouve aucun argument sérieux pour étayer la théorie de Verneuil.

Au contraire nous avons vu de nombreuses tuberculoses locales qui ont été traitées à Trousseau par nos maîtres MM. Lannelongue et Broca, les unes guéries, les autres en traitement. Nous en avons opéré nous-mêmes, nous en avons suivi, et jamais nous n'avons trouvé d'argument contre l'intervention.

C'est par le même principe faux « *post hoc* » que Geeraert(1)

(1) Geeraert. Th. doct. Paris, 1890.

conclut que « l'aggravation ou la généralisation de la tuberculose après les opérations se produit dans une moyenne de 10 0/0 » et quand Kœnig vient nous dire qu'il a vu des généralisations apparaître immédiatement après l'opération, comme si la maladie avait été directement inoculée par cette opération, nous pourrions lui citer, ainsi qu'aux autres théoriciens, un cas qu'il trouverait concluant en l'interprétant à sa façon.

Ce qui serait peut-être plus vrai c'est que chez des malades déjà affaiblis, une opération longue, une perte de sang considérable, pourrait détériorer à ce point l'état général que le malade soit mis en état de moindre résistance et que des lésions peu apparentes pendant l'opération évoluent après avec plus de rapidité. Mais d'abord ce ne sont point des malades, si affaiblis qu'ils vont mourir, qu'il faut opérer ; il y a là une question de tact chirurgical que doit posséder tout opérateur.

Voici l'observation de la malade dont nous avons parlé et qui a succombé quelques jours après l'intervention :

I. — Alice R..., 10 ans. — *Décédée.*

Adénopathie tuberculeuse cervicale droite.

AH. — Père rhumatisant. Deux sœurs mortes de tuberculose pulmonaire.

AP. — N'a jamais été malade.

Entre à Trousseau le 26 août 1894, pour ganglions tuberculeux du cou, ayant débuté il y a deux ans. A cette époque, on constate une énorme masse ganglionnaire ayant envahi tout le côté droit du cou. Une première dure, résistante et paraissant fixée aux parties profondes à la région angulo-maxillaire, à laquelle fait suite une chaîne de ganglions, composée de trois portions, chacune de la grosseur d'une noix, dure et mobile. Une petite chaîne suit la région sous-maxillaire et aboutit à une petite agglomération, à la région angulo-maxillaire gauche, composée de 4 à 5 ganglions variant d'un pois à une noisette, parfaitement mobiles.

Opérée le 1^{er} septembre 1894. Extirpation des masses ganglionnaires cervicales droites.

La température qui, à l'entrée à l'hôpital, était de 39°, se maintient entre 39 et 40 jusqu'à l'opération. Tombe à 38 le lendemain pour remonter et atteindre 40°2 le 9 septembre. L'état reste sensiblement

le même depuis l'opération jusqu'au 11. Ce jour-là la malade est beaucoup plus abattue. Le 12, elle se plaint et quand on veut l'examiner, demande qu'on la laisse dormir.

On constate aux poumons, surtout à droite, des râles sous-crépitaux, sibilants et ronflants. Battements du cœur très forts, précipités. Soubresauts musculaires.

7 sept. — Ablation des fils. Plaie en parfait état.

12. — Pas d'albumine dans l'urine.

Enveloppement sinapisé. Mort le 13 à minuit.

Autopsie. — Cerveau : base fortement congestionnée, quelques hémorrhagies capillaires à la surface des circonvolutions. Pas de pus. Adhérence des deux hémisphères à la partie antérieure près de la base. Un point de ramollissement à la partie postérieure des circonvolutions orbitaires droites. Méninges congestionnées. A l'entre-croisement des nerfs optiques est la région la plus congestionnée. Quelques rares granulations miliaires.

Poumons : quelques tubercules aux deux sommets, un peu plus à droite. Adhérence de la plèvre au niveau du sommet droit. Un peu de pus à l'ouverture de la bronche droite.

Cœur, foie normaux. Intestin, péritoine normaux.

Au niveau du hile du foie, volumineux paquet de ganglions. Reins un peu congestionnés.

Température. — 26 août, mat. 39°2, s. 37°8. — 27, mat. 38°6, s. 38°6. — 28, mat. 38°8, s. 38°. — 29, mat. 39°, s. 38°. — 30, mat. 39°4, s. 38°. — 31, mat. 39°6, s. 38°8. — 1^{er} septembre, mat. 38°8, s. 38°2. — 2, mat. 39°, s. 39°. — 3, mat. 39°4, s. 38°8. — 4, dès ce moment, la température oscille entre 38°8 et 39°2, 40°, 40°2. 39°8, 39°6, et la mort survient le 13 septembre.

Si on consulte la feuille de température on verra qu'avant l'opération la malade présentait tous les soirs des ascensions à 39° et au-dessus, que le jour de l'opération et le lendemain la courbe a plutôt été meilleure, mais bien passagèrement pour osciller entre 38°6, et 40°2, jusqu'à la mort, sans que rien du côté de la plaie puisse expliquer l'élévation de la température. La tuberculose pulmonaire et méningée évoluait après comme avant l'intervention et la mort aurait été la conclusion obligatoire quand bien même on n'eût pas opéré.

Nous pouvons citer parallèlement un cas rapporté par

Delafield (1) et dans lequel sans la moindre opération la maladie a suivi un cours fatal.

Un cas de tuberculose aiguë et fatale des ganglions lymphatiques.

Femme de 23 ans. Bonne santé jusqu'à quinze jours avant son entrée à l'hôpital, en octobre 1886. A cette époque, migraine, douleurs dans le dos, vomissements, diarrhée. Pendant la première semaine, continua à vaquer à ses occupations, pendant la deuxième, se coucha. On supposa une fièvre typhoïde. A son entrée, 99° farenh., respiration 23. Urine sans albumine ni sucre. Plus de diarrhée. Rate un peu grosse, foie normal. Pas de signes particuliers au cœur ni aux poumons, sauf quelques râles aux bases. Aspect de la patiente ne ressemblant en rien à celui de la fièvre typhoïde. La température continue à monter : 102°. Quelques jours après son entrée, on remarqua à l'angle de la mâchoire un ganglion mobile, dur, gros comme une noix. Elle dit avoir eu depuis le début de la maladie cette glande qui a augmenté peu à peu. Dans les autres régions, nul ganglion. Dès ce moment la température varia de 102 à 104. Les ganglions du cou augmentèrent et descendirent à la clavicule. Rien aux poumons. La malade maigrit et devint très anémiée. Le 4 décembre, un ganglion apparut dans l'aisselle droite.

Le 7 décembre apparut de la diarrhée avec abaissement de la température à la normale. La malade sortit de l'hôpital.

Le 8 janvier. Beale vit la patiente chez elle. La température était remontée, mais l'état général s'était un peu amélioré.

Cette malade avait été examinée par tout le corps médical de l'hôpital. On pensa à une maladie infectieuse mais on écarta la fièvre typhoïde. Quand le ganglion fut découvert la question fut de savoir si de tels désordres pouvaient être produits par une simple adénite, puisqu'on ne trouvait aucune autre lésion. Puis on pensa à une tuberculose générale sans en trouver de preuves suffisantes. Quand parurent les glandes cervicales et supra-claviculaires on songea à une tuberculose locale. A cette époque les signes donnés par les poumons étaient insignifiants : je pensai à l'extension du mal aux ganglions trachéo-bronchiques.

En janvier elle rentra à l'hôpital dans mon service. L'appétit était minime : douleurs constantes dans l'abdomen. Diarrhée. Cœur, foie, rate, normaux. Aucune tumeur abdominale. Dans la région cervicale droite jusque sous la clavicule, masse de ganglions adhérents aux parties voisines. Peu dans l'aisselle droite. Après son admission, température présentant l'après-midi des exacerbations constantes. Respiration 30 à 40. De jour en jour faiblesse croissante, amaigrissement, délire

(1) The medical Record New-York, 1887, 16 avril.

tranquille. En février la malade mourut quelque peu subitement.

Autopsie. — Cerveau et méninges normaux. Augmentation de liquide dans les ventricules latéraux. Poumons congestionnés avec œdème; quelques tubercules miliaires. Cœur normal. Foie gros, 2^{kg} 500. Rate un peu augmentée avec nodules blancs, caséux, de la grosseur d'une tête d'épingle à un pois, et bacilles à l'examen.

Intestin grêle et côlon normaux.

Ganglions mésentériques augmentés, les uns calcifiés les autres caséux (bacilles tuberculeux).

Reins un peu augmentés de volume.

Dans la région cervicale droite, grosse masse de ganglions lymphatiques, allant jusqu'à la trachée: la plupart avec dégénérescence caséuse au centre (bacilles).

La malade avait dû avoir autrefois de la tuberculose des glandes mésentériques, mais avait guéri puisqu'il y avait calcification. Si à cette époque il y avait eu des ulcérations intestinales, il n'en était pas resté de cicatrices.

Son affection actuelle a dû commencer par les ganglions mésentériques: puis les cervicaux se sont pris, et il est apparu quelques tubercules dans les poumons. Tout le temps elle eut l'air de souffrir d'une maladie infectieuse.

Aucun des viscères n'était assez malade en lui-même pour expliquer la mort.

Ce cas semble un exemple de tuberculose aiguë des ganglions mésentériques et cervicaux.

Chez la malade de Delafield il est certain que si l'on était intervenu pour faire l'ablation des glandes cervicales on aurait pu mettre la poussée de granulations constatée dans les poumons et dans la rate sur le compte de l'opération. Ce qu'il faut savoir c'est qu'il y a des cas de tuberculose évoluant rapidement dans plusieurs organes en même temps, et que chez ces malades toute intervention chirurgicale est contre-indiquée parce qu'ils sont voués avec ou sans opération à une mort certaine. Si on consulte avant tout leur feuille de température on sera renseigné sur l'évolution de la maladie et on n'aggraverà pas par une opération inutile un état général déjà mauvais. Mais dans notre observation I, l'élévation de température avait été mise sur le compte d'une poussée ganglionnaire, ce qui existe quelquefois. Au cas particulier, c'est donc cette erreur de diagnostic qui a motivé l'intervention.

Il y a des cas où rien ne fait prévoir que la tuberculose continuera à évoluer et à envahir les uns après les autres tous les ganglions après l'opération. Dans l'observation précédente on a vu la mort survenir sans intervention, dans celle que nous allons rapporter, des adénopathies se sont produites lentement, puis une cachexie croissante sans que rien dans l'état général et local ait pu le faire prévoir au moment de l'intervention et sans qu'on puisse accuser celle-ci d'en être la cause plus ou moins directe. On pourra remarquer en outre que dans la région opérée il n'y a eu aucune récurrence et que l'extirpation avait donné localement un résultat idéal.

II. — B., Marie, 8 ans.

Ganglions tuberculeux caséux de la région cervicale gauche.

Légères adénopathies tuberculeuses multiples.

A H. — Père bien portant. Mère toujours malade.

A P. — Rougeole à 3 ans. Gourme à 6 ans. Dès cette époque apparition des ganglions.

Entrée à Trousseau le 6 mai 1884. Etat local : A gauche, dans la région parotidienne, de l'oreille à l'angle de la mâchoire, on voit une masse lobulée, soulevant la peau qui a sa coloration normale : grosseur d'une mandarine. La peau est mobile sur les masses qui le sont sur les plans profonds. Elles sont composées de nombreux ganglions, les supérieurs et les inférieurs étant les plus volumineux. On en trouve aussi un à 1 cent. 1/2 en avant du lobule, comme une noisette. De nombreux, petits, durs, mobiles (d'un pois à une grosse noisette) en arrière du sterno-mastoïdien et dans le triangle sus-claviculaire. Deux petits comme un haricot dans la région sous-maxillaire. Quelques petits sous le sterno-mastoïdien.

A droite, ganglions, mais peu volumineux : 1° Comme une noisette à l'angle de la mâchoire. 2° Deux ou trois du volume d'un pois à celui d'une amande au sommet du triangle sus-claviculaire et un autre de même volume vers le milieu du triangle.

En outre quelques petits ganglions dans les creux axillaires et inguinaux.

État général bon.

Opérée le 8 mai 1894. Incision sur le tiers supérieur du sterno-mastoïdien gauche, extirpation des ganglions parotidiens inférieurs. On

arrive sur les ganglions carotidiens profonds situés en avant, en dehors et en arrière de la jugulaire interne disséquée aux ciseaux courbes sur ces trois faces sur 6 à 7 cent. d'étendue. Ganglions caséeux et adhérents. Les plus adhérents sont les sus-claviculaires, sous-maxillaires, intra-glandulaires. En somme, ablation d'une *vingtaine* de ganglions. Drain. Pansement aseptique.

18 mai. Ablation des fils. Réunion par première intention. Sort guérie le 27 mai 1894.

Revue fin novembre 1894. Dans la région opérée, il n'existe plus de ganglions. La cicatrice est blanche, *idéale*. Mais l'état général est déplorable. L'enfant est squelettique, semble arrivée à la dernière période de la cachexie. Sous la peau, des ganglions non suppurés, mais variant de la grosseur d'un pois à celle d'une noix, font saillie *dans toutes les régions*, sauf dans celle opérée. Ventre saillant; tuberculose mésentérique. Diarrhée. Poumons avec respiration soufflante des deux côtés. Issue fatale probable.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Avant de recourir à un traitement chirurgical local on doit se demander s'il n'est pas possible de voir disparaître par un traitement général les adénopathies tuberculeuses.

Hueter (1) a été par trop radical en écrivant : « ce n'est pas avec le fer en pilules ou en potions qu'on doit traiter l'adénite tuberculeuse, mais bien avec le fer sous forme affilée et tranchante et à l'état de bistouri coupant ».

On accuse le chirurgien de se laisser entraîner, parce qu'il juge d'après les cas pires qu'il est appelé à voir le plus souvent, tandis que le médecin voit de nombreuses adénites qu'il arrête au passage, et confiant dans les guérisons qu'il a vues, il devient lui aussi parfois trop exclusif en croyant que toujours l'adénopathie chez l'enfant régresse au point que chez l'adulte on ne trouve plus trace de son passage que sous forme de petits noyaux indurés.

Chez les ruminants il n'est pas rare d'observer la calcification des ganglions lymphatiques. Les plus communes, d'après Colin (2) d'Alfort, se lient manifestement à la tuberculose dont elles sont une terminaison fréquente. Chez l'homme nous n'avons jamais pu noter personnellement ce mode de guérison.

Ce qui est sûr c'est qu'on a un mode de propension fâcheuse qui « fait attribuer trop souvent à la diathèse » tuberculeuse les adénopathies du cou qu'on ne peut classer » dans les espèces malignes et qui parfois ne reconnaissent

(1) Allgemeine und. spec. Chirurgie.

(2) Bull. Acad. de médecine, 1892, 15 février.

» comme origine que des influences banales ». Ricard (1).

Nous avons signalé chez l'enfant la fréquence de l'adénopathie à la suite des fièvres éruptives ou des irritations multiples dans la zone dont les ganglions reçoivent leurs lymphatiques. Ces ganglions chroniquement enflammés peuvent régresser peu à peu et disparaître complètement quand la cause qui leur a donné naissance a cessé d'exister. C'est pour cette raison qu'on voit des adénites multiples s'évanouir avec un traitement approprié. Mais bien souvent, croyons-nous, les bacilles n'avaient pas encore élu domicile dans ces lieux de moindre résistance ou bien ils étaient encore en si petit nombre ou si peu virulents que les phagocytes en ont triomphé.

Nous ne voulons pas dire que toutes les guérisons par un traitement général et local convenable rentrent dans ce cadre : nous serions en contradiction avec toutes les opinions et avec nos idées, à savoir que la tuberculose locale peut guérir.

Les ganglions peuvent donc se résoudre même quand le bacille en a fait sa proie, par une hygiène bien entendue, une bonne alimentation, en un mot par suppression des causes adjuvantes signalées dans l'étiologie des adénopathies tuberculeuses.

L'huile de foie de morue à haute dose, l'arsenic, l'iodoforme..... constituent la base de la médication générale.

A ce propos nous dirons un mot « du traitement des tuberculoses ganglionnaires du cou par les injections d'huile créosotée à haute dose (2). »

Denoy conclut que cette méthode doit être appliquée malgré ses inconvénients, parce qu'avec elle les malades engraisent, les ganglions diminuent de volume ou disparaissent et que les résultats sont excellents chez les enfants.

A vrai dire les inconvénients ne sont pas minimes : des troubles gastriques et thermiques, de l'albuminurie peuvent survenir dans le cours du traitement.

(1) Ricard. *Revue de Chirurgie*, p. 921, 1889.

(2) Denoy. *Thèse de Lyon*, 1891.

Comme preuves de guérison, Denoy cite six observations de *ganglions non suppurés* chez des enfants. Dans l'espace de trois à sept mois, ils ont *diminué*, mais non *disparu*, et il n'a pas revu ses malades. Il est vrai qu'ils ont engraisé, mais en somme, les ganglions auraient sans doute rétrocedé aussi avec de l'huile de foie de morue et de meilleures conditions hygiéniques.

Un adjuvant excellent du traitement médical est le séjour dans les stations appropriées : on obtient parfois de merveilleux résultats. On trouvera tous les renseignements sur cette question, dans la longue étude de Cazin, « de l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants (1) ».

Nous renverrons à ses tableaux en ce qui concerne les guérisons, améliorations, des ganglions des diverses régions. Le pour cent de guérison est suggestif, mais Cazin nous laisse ignorer l'état du malade à l'arrivée. Quel est le pour cent de guéris parmi les ganglions hypertrophiés, caséux, suppurés, fistuleux ? Et des cas cités comme guéris nous ne pouvons distraire ceux où il s'agissait d'adénopathies banales, non tuberculeuses.

Quoi qu'il en soit, il est incontestable que dans les stations maritimes l'état général se relève au point que l'organisme peut lutter dans des conditions plus avantageuses contre la tuberculose et souvent remporter la victoire.

Nous avons vu à Berck des enfants atteints de tuberculose chronique, maux de Pott, coxo-tuberculose, etc., avec un aspect de santé superbe qui ne sera jamais l'apanage des grandes villes.

Pourtant le traitement général, le séjour prolongé ou répété dans les stations maritimes n'est pas toujours suffisant.

Nous avons vu des enfants après plusieurs saisons à Salies-de-Béarn et à Berck revenir à peu près tels qu'au départ : les ganglions n'avaient pas diminué, d'autres étaient nés quoique l'état général fût bon. Aussi quand les adénopathies persistent, quand la suppuration se déclare, quand on ne peut plus rien espérer que de la chirurgie, il faut intervenir localement.

(1) Edité chez Asselin et Houzeau. Paris, 1885.

ÉVOLUTION DES GANGLIONS A LA SUITE DE TRAITEMENTS INSUFFISANTS

Tous les modes de traitements sont loin de donner de bons résultats et nous citerons l'observation suivante pour montrer combien peu il faut espérer des demi-interventions.

Nous l'empruntons à Van Merris (1), médecin principal de l'armée, « Soldat de 21 ans. Dès l'âge de cinq ans, glandes au cou qui n'ont pas causé de douleurs, n'ont pas suppuré. En juin 1885, ressent à la région cervicale gauche dans un de ses ganglions indurés une douleur bientôt suivie de rougeur, chaleur, tuméfaction. Cette inflammation aboutit en trois semaines à la formation d'un abcès. *Incision* : demi-verre de pus.

15 jours après on *agrandit l'incision*. Le malade entre à l'hôpital militaire en septembre, reste 42 jours. L'abcès *suppure toujours* et ne se ferme que trois mois après. Le premier abcès *avait duré cinq mois*. L'année suivante l'affection reparait avec le même ensemble de symptômes. La région cervicale s'enflamme cette fois dans la partie supérieure. Les ganglions primitivement indurés se tuméfient, se ramollissent, un abcès se forme. Entre de nouveau à l'hôpital.

Région cervicale rouge, indurée, ganglions durs, tuméfiés, à la partie antérieure et supérieure collection purulente de cinq centimètres environ de diamètre reposant sur une base très dure qui semble être un ganglion suppuré. Peau rouge, amincie. La fluctuation étant manifeste, l'abcès fut ouvert immédiatement.

(1) Bull. méd. du Nord, 1890, n° 8 et 9.

Le fond de la cavité apparut recouvert de bourgeons sanieux, d'une couleur rouge grisâtre. Iodoforme et eau phéniquée. L'incision fut agrandie quelques jours après pour permettre aux topiques de pénétrer dans tous les recoins de la cavité. Tous les deux jours *cautérisation* de la surface granuleuse au nitrate d'argent : gaze iodoformée, dans les anfractuosités. Après deux mois de ce traitement la plaie n'est pas encore fermée mais a la forme d'une fente de 3 à 4 cent. de long avec un décollement de la lèvre inférieure d'une profondeur de 10 à 15 mill. »

Telle est l'histoire de presque tous les malades chez lesquels la guérison n'est pas survenue après un traitement général ou local bien compris.

Van Merris ajoute après son observation : « Cette histoire d'un soldat *vigoureux*, qui mange et boit comme deux, passant son temps à l'hôpital, est celle de tous ceux qui entrent dans l'armée avec des ganglions cervicaux. La vie militaire suffit pour déterminer la marche en avant d'une affection stationnaire depuis l'enfance et pour neutraliser, annihiler un homme durant la moitié de son temps de service ».

Van Merris nous semble bien optimiste en considérant que les sujets atteints de tuberculose ganglionnaire locale continuent à être vigoureux, à boire, à manger comme deux, ou bien le hasard l'a singulièrement favorisé en ne lui montrant que des cas de cette sorte. Il n'en est pas malheureusement ainsi toujours, et bien souvent les malades maigrissent (1), pâlissent, perdent l'appétit et les forces quand des fistules interminables se sont établies.

Il est moins optimiste quant aux résultats des différentes interventions qu'il propose, comme l'écrasement sous-cutané, les injections modificatrices irritantes pour amener la suppuration, mais au fond il se déclare incapable de guérir ses malades en peu de temps, ce qui ne nous étonne guère avec sa façon d'agir,

(1) Voir plus loin notre observ. L.

et ne voyant en eux que des impédimenta, les propose pour la réforme !

Et pourtant il y a mieux à faire. Nous ne pouvons examiner les conséquences de chaque traitement en particulier quand on songe aux idées surannées qui avaient cours au commencement de ce siècle. Thomas Warton, en 1856, pensait encore que l'altération lymphatique d'où naissent les écrouelles étaient le résultat de l'absorption et du transport du liquide séminal dans l'économie !

Avec les théories extraordinaires qui étaient émises, on doit convenir que la thérapeutique devait singulièrement se ressentir de cette manière de voir.

Aussi abandonnons-nous à leurs partisans s'il en reste, et que leur pathogénie des adénopathies soit vraie ou fausse, l'écrasement sous-cutané, la compression, la révulsion, le thermocautère, la pâte de Canquoin, et les idées plus récentes de Leroy (1) : « Le traitement par les pointes de feu avant l'ouverture de l'abcès doit amener une amélioration ; quant à l'ouverture de l'abcès nous ne serions peut-être pas d'avis de recourir au thermocautère, étant donné les décollements qu'il faudrait cautériser, et la production des cicatrices vicieuses si connues. Les sétons filiformes sont peut-être plus pratiques à cet égard ».

Nous ne parlerons pas non plus des injections interstitielles de teinture d'iode (2), de liqueur de Fowler, etc... Rien n'est convaincant dans les observations rapportées à l'appui : on voit parfois les ganglions diminuer, sans disparaître, et le plus souvent suppurer, rester fistuleux. Deux antiseptiques ont été vantés surtout : l'iodoforme et le naphtol camphré. Nous en dirons quelques mots.

(1) Leroy. Th. de Paris, doctorat, 1882.

(2) Lavat, th. doct. Strasbourg, 1869.

DES INJECTIONS D'ODOFORME ET DE NAPHTOL CAMPHRÉ

Le premier essai de l'iodoforme remonte à 1881. Mikulicz injectait la glycérine iodoformée. Marc Sée en vante les bons effets à la même époque. Verneuil se servit de l'éther comme véhicule. Les résultats en furent publiés en 1885, puis ensuite par Verchère. Le manuel opératoire, les effets immédiats après l'injection, les accidents ou les troubles graves qui peuvent en résulter ont été imprimés cent fois. N'y revenons plus.

En 1892, Bouju (1) écrivait : « l'action de l'injection d'éther iodoformé paraît surtout efficace dans l'adénite ramollie et non ouverte. Dans l'adénite fistuleuse ce traitement ne donne pas plus de récédive que l'opération chirurgicale. » Malheureusement il ne cite aucune observation probante de guérison. Pour les adénites non ramollies Le Dentu (2) dit n'avoir jamais obtenu de résultat par ce procédé.

Ce qu'on obtient le plus souvent c'est une irritation telle du ganglion qu'après une ou deux injections il se met à suppurer. C'est un résultat bien inutile, car un ganglion simplement hypertrophié peut arriver à disparaître seul; s'il ne disparaît pas ou s'il augmente il n'y a nul besoin de l'irriter pour augmenter ses adhérences ou entraîner la suppuration.

Pour les adénites suppurées non ouvertes, tous les promoteurs du traitement disent avoir obtenu de bons résultats.

Ils n'ont qu'un tort, c'est de n'avoir pas revu leurs malades

(1) Th. de doct., Paris, 1892.

(2) Presse médicale, 1894, p. 238.

après de longs mois. Que le résultat immédiat soit bon ou paraisse tel, nous n'en disconvenons pas : on vide une poche purulente, on injecte une substance antiseptique, évidemment le ganglion diminue de volume, peut même guérir comme après une incision simple si ce ganglion est entièrement ramolli.

Mais si le ganglion n'est qu'en partie ramolli, après plusieurs mois de traitement on arrive par de nombreuses ponctions et injections à l'élimination à peu près complète et l'on note comme guéri un malade qui sort avec une glande grosse comme une noisette. Que va-t-elle devenir ?

Parfois sans doute le ganglion se sclérifiera, parfois s'hypertrophiera de nouveau et souvent restera fistuleux.

Voilà ce que ne disent pas les auteurs qui se contentent de rapporter les observations des malades à la sortie de l'hôpital.

Il faut ajouter qu'en lisant même les résultats immédiats on constate plus souvent « amélioration » que « guérison ».

Or, dans l'espèce, amélioration est un terme bien vague.

Quant au naphthol camphré on lui a attribué comme à tout médicament qui fait nouvellement son entrée en thérapeutique, des cures merveilleuses, et une valeur antiseptique et antituberculeuse supérieure à celle de l'iodoforme. Schwartz (1) dit : « les nombreuses observations que nous avons pu faire depuis que nous employons couramment cet antiseptique nous engagent vivement à le recommander comme très-efficace et sans danger. »

Dans la thèse de David (2) on trouve des résultats extraordinaires. Par exemple :

Obs. X. — Femme, 22 ans. Ganglions cervicaux depuis un an ; Tumeur de 8 cent. 1/2 de long sur 5 1/2 de large, sans pus. En deux mois, il ne reste aucune trace de ganglions, même à la palpation la plus attentive.

Obs. XIII. — Homme, 25 ans. Ganglion sous-maxillaire suppuré,

(1) In thèse de Berchon, Paris 1894

(2) David. Th. doctorat Paris, 1891.

comme un œuf de poule, depuis quatre mois. Après deux mois et demi on ne trouve aucune trace de la tumeur.

Obs. XV. — Garçon, 1 an. Ganglions cervicaux depuis un mois, les uns durs, les autres suppurés. Après un mois et demi on n'en sent plus trace.

Obs. XVII. — Femme, 15 ans (extr. des bull. de la Soc. de chir. 1891. Nélaton) Adénopathie suppurée cervicale. Ponct. Injections. Le traitement, commencé en juin 1890, se terminait en août et le palper le plus attentif ne permet de reconnaître aucun ganglion.

Quand on a à sa disposition un agent qui donne des résultats aussi parfaits, il est incompréhensible qu'il n'ait pas détrôné tous les autres. Pourquoi chaque chirurgien ne l'emploie-t-il pas ? Pourquoi n'apporte-t-il pas des guérisons aussi belles ? C'est que ce qui donne aux uns de si belles cures donne aux autres des insuccès, et mieux que cela, des XXI observations dont se compose la thèse de David ce sont les quatre seules extraordinaires. Nous avons lu attentivement toutes les autres qui se terminent ainsi : diminution des ganglions, amélioration.

Aussi restons-nous incrédule, et la thèse de Gaudemard (1), celle plus récente de Berchon nous ont laissé sceptique.

Nous déconseillons l'emploi des injections dans les ganglions hypertrophiés comme inutile et même nuisible.

Quand un ganglion sera entièrement ramolli et que le malade se refusera à la dissection de la poche, on pourra essayer la ponction et l'injection.

Quand les ganglions sont nombreux, suppurés en partie, ou fistuleux, si on a de la patience, du temps à perdre, on pourra employer ce traitement qui n'amènera pas la guérison, qui sera très long et après lequel il faudra se décider à intervenir chirurgicalement si le malade ne s'est pas tuberculisé par trop

(1) Gaudemard, th. de Bordeaux, 1893. Voir aussi dans cette thèse toute la bibliographie en ce qui concerne le naphtol camphré.

en différentes régions. On aura par contre rendu l'opération plus difficile et la peau en mauvais état.

Au congrès de chirurgie 1889 la plupart des orateurs, Le Dentu, Mollière, Houzel, Bousquet...., se sont montrés partisans de l'ablation dans les tuberculoses locales. Mais si beaucoup sont enclins à faire l'ablation il faut savoir ce qu'ils entendent par là et quel genre d'opération ils préconisent.

Avant de discuter sur la valeur de l'extirpation et de la comparer au curettage, soit comme procédé opératoire, soit comme résultat thérapeutique, il nous semble indiqué de commencer par la décrire ainsi que ses dangers, pour mieux la juger, car pour se prononcer sur une méthode, pour l'adopter ou la rejeter, il faut l'avoir décrite et en bien connaître les inconvénients et les avantages.

MANUEL OPÉRATOIRE DE L'EXTIRPATION

Les ganglions se présentent à trois stades différents : I. Hypertrophiés non adhérents. II. Ramollis à divers degrés avec adhérences aux organes voisins ou entre eux. III. Ouverts depuis un temps plus ou moins long avec un ou plusieurs trajets fistuleux.

I. Dans le premier cas tous les auteurs, même les chirurgiens les plus timorés, sont d'accord pour dire que l'extirpation est facile quand les ganglions sont rares ou isolés, ou déjà transformés partiellement en tissu fibreux, quand ils ne sont ni caséux, ni suppurés, ne présentent pas de connexions solides de la coque ganglionnaire avec les tissus ambiants. Il est inutile d'insister sur une intervention dans les cas de ce genre : si en outre la région n'est point dangereuse, c'est-à-dire si les ganglions sont superficiels ou en tout cas s'ils ne sont pas unis à des organes importants, l'extirpation est un jeu d'enfant. Le ganglion se dissèque avec une facilité extrême, s'énuclée avec le doigt, la spatule, un instrument mousse quelconque.

II et III. Les deux autres cas ne sont que des degrés différents d'un même état de choses et comportent une description unique.

La première condition doit être de voir clair dans le champ opératoire, car il ne faudra pas manœuvrer à l'aveugle auprès d'organes importants qu'on sera amené à côtoyer de bien près durant toute l'opération.

Quand ce sera possible, l'incision sera placée de telle sorte

que la cicatrice puisse être dissimulée dans les plis de la peau. La barbe chez l'homme et la coquetterie naturelle à la femme dans l'autre sexe arriveront souvent très bien à cacher aux yeux une incision bien linéaire (1).

Sous prétexte d'esthétique cependant on ne doit pas faire une intervention incomplète; aussi, quand pour arriver à enlever tous les ganglions malades, il sera nécessaire de recourir l'incision, de la faire en T, de la prolonger plus qu'on ne l'aurait désiré, il n'y aura pas à hésiter : si l'on intervient c'est pour débayer complètement, radicalement le terrain.

Bien plus, si la peau est ulcérée, avec des ponts, des languettes saines, séparant les orifices fistuleux de bubons exubérants, si elle est décollée, rouge, fongueuse, la lésion cutanée doit être en entier, comme le trajet fistuleux, excisée entre deux incisions courbes, formant un ovale allongé. Outre qu'on obtiendra par la suture une réunion linéaire, et non ces cicatrices déprimées, irrégulières, chéloïdiennes, qu'on aurait eu par cicatrisation à plat des foyers cutanés et sous-cutanés curettés, cautérisés jusqu'à guérison, on aura un résultat plus rapide, plus esthétique et on ne laissera pas de foyer infectieux.

Si par hasard on avait enlevé trop de peau malade et qu'on ne puisse rapprocher les bords de l'incision, on pourrait, comme le rapporte Wohlgemuth (2), avoir recours à une autoplastie immédiate. « Nous avons vu dans un cas, après une opération à la joue et à la partie inférieure du maxillaire, attirer la peau du cou pour recouvrir les parties absentes et obtenir un résultat joli à l'œil. » Nous-mêmes n'avons jamais eu occasion de voir essayer ce procédé.

Comme on a pour but d'enlever tout, l'incision de la peau doit être faite souvent avec grande prudence, car si dans les ganglions simplement hypertrophiés ou caséux on peut couper la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, des plans plus ou moins

(1) Segond. Gaz. des Hôp., 4 avril 1889.

(2) Wohlgemuth, Inaugural Dissertat. Berlin, 1889.

fibreux avant d'arriver à eux il n'en est plus ainsi quand le ganglion est ramolli, qu'il a subi plusieurs poussées inflammatoires et que la peau qui le recouvre est rouge, amincie, non ulcérée encore, mais laissant percevoir nettement la fluctuation presque superficielle. Alors il faut aller lentement, comme pour la dissection d'une poche d'abcès froid qui serait venue former tumeur sous-cutanée, aller à petits coups de bistouri, voyant pour ainsi dire le pus par transparence, puis l'incision linéaire faite, disséquer avec le bistouri tenu à plat, parallèlement à la peau, sans hâte, sans coup de pointe vers la profondeur, contourner ensuite la poche aux ciseaux courbes. On dira que c'est théorique ; non ; le chirurgien inhabile crève toujours la poche, c'est vrai, celui qui sait disséquer la crève quelquefois. Et si nous engageons à faire cette dissection laborieuse, ce n'est ni par admiration pour un tour d'habileté, ni par crainte d'infecter la plaie et d'avoir de la suppuration (1), puisque c'est du pus d'abcès froid, c'est parce que la poche, une fois crevée, il est plus difficile encore d'enlever toute la paroi de l'abcès et qu'il faut de toute nécessité en faire une ablation complète.

Mais l'adhérence n'est pas toujours aussi intime avec la peau. On fait l'incision de longueur voulue, on dissèque, jusqu'à la coque ganglionnaire, on l'incise, on libère à droite et à gauche, on fait écarter de chaque côté, et dans la profondeur bien exsangue on voit le ou les ganglions à disséquer. Nous ne disons pas à énucléer, car nous nous séparons complètement des manuels opératoires qui ont pour but d'énucléer, c'est-à-dire d'inciser la coque, de pousser avec force sous le ganglion une sonde cannelée, le manche du bistouri, la spatule, et de faire levier, d'arracher avec l'aide de ces instruments et des doigts le ganglion des tissus auxquels il tient. C'est de la chirurgie aveugle et dangereuse.

Nous n'avons encouragé ce mode d'agir que pour les ganglions

(1) Techniq. de l'extirp. des gangl. suppurés. Morety Morshof Vien. mediz. Press, 4 janvier 1891.

encore si mobiles qu'ils ne demandent qu'à sortir ainsi. Pour les autres il n'y a qu'un instrument précieux, vraiment chirurgical, les ciseaux courbes. C'est avec eux qu'on libère le ganglion de ses adhérences, en le contournant, poussant avec les branches fermées là où les connexions sont molles, où l'énucléation est faisable, coupant méthodiquement ce qui le retient, pinçant au fur et à mesure les artérioles et les veinules qui saignent. Pendant qu'on agit ainsi de la main droite, l'aide éponge constamment afin que l'on voie nettement ce qu'on fait, et de la main gauche on saisit avec une pince à griffe des débris de coque unis intimement au ganglion afin de le soulever peu à peu et de faire la place aux ciseaux. On ne doit pas chercher à prendre brutalement le ganglion dans des pinces à forte pression ni à l'attirer fortement en l'air, on le romprait fatalement ne fut-il encore que caséux au centre. Un instrument dont nous ne nous sommes jamais servi, mais qui, croyons-nous, pourrait être très utile, serait un petit crochet fin, dans le genre de ceux qui servent dans la dissection du chalazion, mais approprié naturellement à la grosseur moyenne des ganglions. On pourrait ainsi mieux qu'avec une pince, qui lâche souvent, fatigue vite la main, maintenir le ganglion, sans déchirer son tissu friable. Quand on a enlevé les ganglions superficiels on arrive à d'autres situés plus profondément si l'on intervient à une époque éloignée du début de l'affection. En effet, Poncet appelle l'attention sur ce fait que les lésions débutent par les ganglions superficiels, rarement par les profonds ; ces derniers sont pris ultérieurement lorsque l'infection semble provenir des premiers et, suivant le terrain, s'étendre plus ou moins rapidement jusqu'à eux.

Plus les ganglions deviennent profonds, plus les adhérences deviennent dangereuses parce qu'elles intéressent des organes importants et nous croyons utile d'examiner successivement les dangers que présente l'extirpation quand les glandes affectent des rapports intimes avec les vaisseaux, nerfs, etc... Nous aurons surtout en vue les ganglions cervicaux qui sont les plus fréquents. Ce que nous en dirons se rapporte également aux

axillaires. Nous nous réservons de faire un chapitre à part pour les inguinaux et pelviens.

Disons avant de terminer ce paragraphe que dans la région cervicale, quand les ganglions profonds sont intéressés, ils sont très souvent situés en avant, en arrière et au-dessous du sterno-mastoïdien. Comment doit-on se comporter vis-à-vis de ce muscle ? Milton (1) dit qu'il est très important d'éviter sa division, si possible. « Dans les cas où il y a deux masses de chaque côté, mieux vaut faire deux opérations, en avant d'abord, en arrière ensuite ». Dans les cas où la masse est placée d'un seul côté du muscle, il suffit de bien le séparer et de le recliner, parfois de couper quelques fibres, ce qui est de peu d'importance. Dans deux cas Milton a divisé complètement le sterno-mastoïdien et a eu un torticolis très marqué. Mais nous n'orons s'il avait fait une suture consécutive, ce qui aurait sans doute évité le fâcheux résultat dont il parle. Neve (2) a fait plusieurs fois la section et suturé sans inconvénient. Son avis est qu'il vaut mieux diviser le muscle que de laisser des glandes. Bien plus il faut aller souvent, comme nous l'avons vu faire à notre maître, M. Broca, tout contre la colonne vertébrale. Enfin, pour rendre plus saillants les ganglions profonds, on saisit de la main gauche une des lèvres de l'incision qu'on retourne, les quatre doigts étant appliqués sur la peau et le pouce sur la face cruentée. On peut encore de cette façon ramener en haut des ganglions situés plus bas sans qu'une nouvelle incision soit nécessaire ou sans prolonger trop loin la première.

(1) Milton. St-Thomas Hosp. reports, XVIII, page 225.

(2) Neve. — American Journal of. medic. scienc., juin 1892, page 625.

ACCIDENTS ET DANGERS DE L'EXTIRPATION

VAISSEAUX

Artères. — Nous savons parfaitement que les ganglions sont très souvent adhérents aux artères et veines de la région dans laquelle l'opérateur aura à intervenir. Et c'est là le grand épouvantail qu'agitent devant les yeux du chirurgien ceux qui se prononcent contre l'extirpation. Bergmann ne veut prendre le bistouri qu'après avoir vu échouer tous les autres moyens et sous la réserve qu'il n'y ait pas eu de périadénite trop étendue et que les paquets ganglionnaires ne soient pas trop intimement attenants aux organes vasculo-nerveux de la région. D'ailleurs pour lui les hémorrhagies sont trop à redouter chez les enfants au-dessous de dix ans, pour lesquels il condamne l'opération.

D'autres la regardent comme impraticable lors de grappes polyganglionnaires disséminées sur une large surface ou de ganglions profondément situés et unis aux gros vaisseaux. En général, il faut reconnaître que la dissection minutieuse dans ces cas demande des précautions infinies.

Sur ce point nous sommes d'accord pour reconnaître que l'opération n'est pas facile, mais de là à dire qu'elle est très dangereuse ou impossible, il y a un grand pas que nous ne pouvons franchir, persuadé, d'après les observations que nous citerons, que c'est une opération faisable et non mortelle.

Il serait banal de dire que dans une région riche en vaisseaux il importe que le chirurgien connaisse exactement son anatomie et fasse toujours preuve de sangfroid.

Le danger et la difficulté ne sont pas des arguments suffisants contre l'opération. Est-ce qu'il est facile d'enlever une salpingite qui présente des connexions multiples, d'aller couper un trijumeau au niveau du ganglion de Gasser ? Certes non, et ce qu'il faut retenir c'est qu'il s'agit là de chirurgie qu'on ne confie pas au premier venu comme s'il s'agissait d'une amputation de doigt, ou d'un ongle incarné.

Il peut donc survenir des hémorrhagies artérielles, veineuses, immédiates ou secondaires.

Dans une thèse récente Binet (1) a écrit : « Dans la région carotidienne, lorsqu'il s'agit d'enlever les ganglions faisant partie de la chaîne qui suit les vaisseaux, on occasionne des hémorrhagies dues aux artères nourricières des ganglions, artères qui viennent directement de la carotide. Elles sont courtes, difficiles à voir et n'en sont pas moins toutes disposées à donner du sang, quelquefois en assez grande abondance. Dans certains cas on serait obligé de lier la carotide, seul moyen, en effet, d'assurer l'oblitération de ces artérioles. »

Voilà qui nous semble de la haute chirurgie en chambre. Nous n'avons jamais vu qu'on ait eu besoin, qu'on ait pu même avoir l'idée en opérant de lier la carotide pour cette sorte d'hémorrhagies. Et d'abord en suivant exactement la coque des ganglions avec les ciseaux courbes on n'a pas les hémorrhagies graves dont on nous parle. Ensuite, chaque fois qu'une artériole, fut-elle augmentée de volume, se met à donner ferme après section, n'avons-nous pas des pinces et des fils ? Binet nous rapporte encore que Verneuil, pratiquant l'extirpation d'un chapelet de cinq ganglions tuberculeux (Obs. IV de sa thèse), « l'opération marchait à souhait, quand en enlevant la dernière de ces tumeurs, il ouvrit l'artère faciale dont la dimension surpassait l'état normal : il en résulta une abondante hémorrhagie et on fut obligé d'en pratiquer la ligature. » Cette dernière phrase est charmante ! Qu'y a-t-il de plus naturel que de mettre une ligature sur

(1) Binet. Th. doct. Paris, 1894.

un vaisseau coupé? M. Verneuil, nous osons le croire, n'a pas été aussi démoralisé que semble le laisser entendre Binet.

Qu'autrefois, lorsqu'on n'avait pas à sa disposition les nombreuses pinces qui composent aujourd'hui l'arsenal indispensable du chirurgien, l'opérateur ait eu des hémorrhagies souvent redoutables, cela ne nous étonne pas. Ce qui nous surprend, c'est de voir tirer des arguments d'observations extraites par exemple de Malle (1) (Obs. II, th. Binet) qui, extirpant une tumeur lymphatique cervicale, eut une perte de sang assez considérable pour qu'elle inspirât de vives craintes à l'opérateur.

Castan (2) nous dit aussi qu'il faut s'attendre aux plus dramatiques opérations si l'on s'attaque à ces masses conglomérées en paquets adhérents, immobiles dans une gangue de périadénite.

Il cite le cas du malade qui fait l'objet de l'observation V de sa thèse, malade opéré par Forgue et qui n'est pas resté moins d'une heure et demie sous le chloroforme. La dissection des premiers ganglions, facile au commencement, est devenue de plus en plus difficile à mesure qu'ils étaient plus profonds, et le 17^e ganglion extirpé (gros œuf de poule) ne l'a été qu'au moyen de la sonde cannelée et des doigts. « Quand on songe aux vaisseaux et nerfs si importants de cette région, que le chirurgien, malgré toute son habileté, peut rencontrer soit par suite d'un faux mouvement soit par toute autre circonstance indépendante de sa volonté, on conçoit le péril auquel le malade est exposé (Castan). »

Qu'il eut-il de si dramatique dans cette opération? « La gaine carotidienne est mise à nu sur une longueur de 5 à 6 cent. On voit battre les vaisseaux. On peut voir aussi au fond de la plaie l'hypoglosse. Le malade sort guéri un mois après. »

Dans les observations qu'on trouvera à la suite de ce paragraphe, on verra que bien souvent les artères, sauf les carotides qui toujours sont restées intactes, ont été

(1) Malle. Mémoire sur les tumeurs de la rég. cervicale. Arch. méd. de Strasbourg, 1836.

(2) Castan. Thèse doct. Montpellier, 88-89.

coupées, liées sans qu'il en résultât le moindre inconvénient pour le malade ni le moindre trouble chez l'opérateur. Quant à la section des artères nourricières, la question est de trop minime importance pour y revenir.

Veines. — En ce qui concerne les veines, deux accidents sont possibles : l'entrée de l'air et les hémorrhagies.

L'entrée de l'air dans les veines est un accident grave, mais qui devient de plus en plus rare. Nous ne chercherons pas l'explication des symptômes auquel, il donne naissance. Binet n'a pu relever que deux cas de mort par pénétration de l'air dans les veines pendant l'extirpation de ganglions du cou. Dans l'observation I (empruntée à Roux et publiée en 1832) on entendit « un sifflement semblable à celui de l'air pénétrant par les rainures d'une cloison mal jointe ». Mais la mort ne survint qu'après 12 jours après une abondante suppuration locale, de la diarrhée, du coma, nous ne pensons pas qu'il faille incriminer dans ce cas autre chose que la septicémie. Dans l'observ. VII de Binet, il s'agit du cas de Reynier, le seul qui ait été présenté à la Société de chirurgie en l'espace de vingt ans et encore a-t-il été contesté. La malade mourut huit jours après l'opération après avoir oscillé entre 38° et 40° dès le deuxième jour. Nous pensons qu'on peut donner de la mort une toute autre explication.

L'entrée de l'air dans les veines est un accident qu'on ne peut nier, mais il est rare dans l'extirpation des ganglions, puisqu'on le trouve si peu signalé. Nous n'avons jamais eu occasion de le voir par nous-même.

Quant aux hémorrhagies, lorsqu'il s'agit de la jugulaire externe, elles ne sont pas graves en général et la ligature des deux bouts l'arrête immédiatement.

La jugulaire interne, l'axillaire, la fémorale fourniraient des

hémorrhagies dont la gravité pourrait devenir extrême si on n'en pratiquait de suite la ligature (1).

La ligature complète peut se faire pour la jugulaire interne sans fâcheux résultats, mais souvent sa blessure ne nécessite qu'une ligature latérale.

Pour éviter les hémorrhagies et la section inutile des vaisseaux outre qu'il faut disséquer aux ciseaux, à ciel ouvert, avec assèchement toujours parfait, en suivant exactement la coque du ganglion, il ne faut jamais tirer fortement sur une glande pour faciliter sa séparation d'avec les tissus profonds, car alors une veine, fut-elle des plus importantes, fut-elle volumineuse quand elle est à sa place normale et en état de réplétion, prendra pendant cette traction l'apparence d'une bandelette aponévrotique, le sang en étant chassé, les parois aplaties, et outre qu'on pourra la déchirer en tiraillant, on sera exposé à sa section, croyant avoir affaire à une simple bandelette aponévrotique ou à un pédicule vasculaire minime.

Forgue craint beaucoup ces périlleuses dissections. Il rapporte que 16 fois sur 128 opérations, Billroth a dû prendre entre deux ligatures la veine jugulaire interne : Ce dernier déclare ces interventions le plus souvent très « agressives ». Dans un cas Trendelenburg dut dénuder la jugulaire interne, de la base du crâne jusqu'à la clavicule ; dans un autre plus mouvementé encore il commence par lier et réséquer la jugulaire externe, ouvre la jugulaire interne, perçoit l'entrée intra veineuse de l'air, peut lier la veine, blesse le canal thoracique, atteint le récurrent gauche. Dans ce dernier cas nous pensons que Trendelenburg devait être bien ému pour avoir tant de malchance.

Nous ne croyons pas avec Ollier que la dénudation des

(1) Voir dans le traité de Chirurgie. Tome II p. 180 : Vallée gaz. med. 1837 : plaie de la jug. interne, mort instantanée. Lidell encycl de chir. id. — Broyant Transact of Path. Soc. of London 1856. Plaie de la jug. int. mort une heure après. — Boston med. and. Surg. journ. 79. Plaie de la V. iliaq. ext. ; mort après 30 heures.

veines expose à la thrombose et à la phlébite. « Avec les progrès de la chirurgie antiseptique, il a été permis de réformer ce pronostic, et de dire qu'une veine dénudée, placée dans un foyer aseptique, ne court guère de risques (Quénu). » Nous citons plus loin diverses observations à l'appui de cette opinion.

Nous n'avons parlé que des hémorrhagies immédiates, les secondaires ne sont-elles pas à redouter ?

Les parois artérielles ou veineuses ont pu être disséquées de trop près, éraillées, une branche peu importante arrachée à sa naissance, et l'hémorrhagie, inappréciable pendant l'opération, pourra le devenir après que les sutures auront été faites, soit que le trou s'agrandisse et que les parois contuses se laissent distendre, ou perforer les jours suivants à la chute d'une escarre. Nous n'avons rien vu de semblable et ne pouvons en rapporter qu'une observation étrangère.

Les observations analogues qui ont été citées nous montrent qu'il fallait dans ces hémorrhagies secondaires incriminer la suppuration ou le lavage avec des antiseptiques caustiques.

L'observation de Poulet (1) est probante à cet égard : il n'était pas besoin de sa longue discussion oiseuse pour se rendre compte qu'un malade dont la température s'élève à 39° après l'opération, et se maintient entre 38° et 40°, a été infecté par le chirurgien. L'hémorrhagie secondaire, la phlébite, l'embolie s'expliquent facilement et quand même le chlorure de zinc aurait aidé à l'ulcération du vaisseau la suppuration a fait le reste. Il est instructif de rapporter des cas malheureux, mais il faut avoir la bonne foi ou le courage d'en donner une interprétation saine.

Klotz (1) a vu un cas de mort qui peut être attribué au chlorure de zinc. Il a eu lieu à la suite d'hémorrhagie par la veine fémorale qui a été attaquée par une solution trop forte à une époque où les lavages de la plaie opératoire avec une solution de chlorure de zinc à 8 % étaient encore usités.

(1) Soc. de chirurg., 1884, page 169.

(1) Klotz. Berliner klinische, Wochenschr. 10 février 1890.

DU CHLORURE DE ZINC

Dans nombre de nos observations le chlorure de zinc au 10° a été employé pour toucher les différents points de la plaie après extirpation de ganglions suppurés et fistuleux, quoique bien souvent, il eût été nécessaire de disséquer les vaisseaux sur une longue étendue. Nous n'avons jamais vu d'accident, mais des expériences nous font repousser l'emploi du chlorure de zinc dans le cas de vaisseaux dénudés. Non seulement le lavage mais le simple attouchement des parois vasculaires est très dangereux.

Nous avons pris un chien de taille moyenne, sur lequel, après chloroformisation, nous avons dénudé les deux veines jugulaires et la veine avec l'artère fémorale droite. La veine jugulaire gauche a été largement arrosée avec une solution d'acide phénique à 50 pour mille jusqu'à ce que tous les tissus aient pris la coloration caractéristique dans ces cas.

La veine jugulaire droite a été touchée légèrement sur toute la surface dénudée avec un tampon imbibé d'une solution de chlorure de zinc au 10°, mais en prenant grand soin de ne pas exprimer le liquide caustique.

Sur les vaisseaux fémoraux droits nous avons fait couler la solution précédente de chlorure de zinc qui resta en contact quelques secondes seulement et que nous avons immédiatement repris avec la ouate hydrophile.

Le tout fut fait sans traumatiser les vaisseaux et avec une antisepsie rigoureuse. Après nous avons suturé la peau.

Au huitième jour, le chien mourait d'une hémorrhagie de la veine fémorale que des pansements extérieurs compressifs ne purent arrêter.

Autopsie le lendemain.

La *veine jugulaire gauche* (acide phénique) ne présentait rien d'anormal extérieurement. La plaie était réunie.

Veine jugulaire droite (attouchement au chlorure de zinc). Après avoir enlevé les points de suture on tombe sur un

volumineux caillot qui, enlevé, nous montre une perforation grosse comme une lentille de la veine jugulaire. L'hémorrhagie n'avait pas fusé jusqu'à l'extérieur, mais le simple attouchement avait suffi pour entraîner une ulcération de la tunique veineuse et une hémorrhagie secondaire.

Vaisseaux fémoraux droits (lavage au chlorure de zinc). La veine fémorale présentait une large perforation et avait ainsi amené la mort de l'animal par hémorrhagie veineuse. L'artère ne présentait rien d'anormal macroscopiquement.

Nous pouvons donc conclure qu'après extirpation des ganglions, quand les vaisseaux sont mis à découvert par la dissection, il faut rarement se servir du chlorure de zinc. Si l'on veut désinfecter un foyer de ganglions suppurés après leur extirpation, on devra de préférence se servir de la solution phéniquée qui est un excellent antiseptique et ne présente pas les dangers mortels du chlorure de zinc.

OBSERVATIONS A L'APPUI

Neve (1), dans son Observation XXIII, divise le sterno-mastoidien, enlève 30 ganglions, les uns adhérents, blesse la jugulaire interne qui est liée. Réunion par première intention à droite.

A gauche, immense masse sterno-mastoidienne et sous-maxillaire. Divise le sterno-mastoïdien. Lie l'artère faciale, extirpe 40 glandes, les unes caséuses. Réunion par première intention.

La malade, âgée de 60 ans, quitte l'hôpital, complètement guérie, seize jours après la seconde opération.

Milton (2), dans mille cas de ganglions traités par l'extirpation, dans plusieurs cas divisa la jugulaire externe, et dans la majorité mit à nu la tunique des vaisseaux carotidiens ou les vaisseaux eux-mêmes qui durent être disséqués d'avec les masses glandulaires.

Par exemple, dans l'observ. I. Égyptien de 9 ans. La jugul. externe est divisée et liée. Les vaisseaux carotidiens sont dénudés. Sept jours après, guérison.

Dans deux cas la jugul. interne a dû être liée avec succès.

Dans trois cas elle fut blessée et les ouvertures latérales fermées au catgut.

Dans deux cas la carotide primitive dut être divisée.

(1) Neve, loc. cit.

(2) Milton, loc. cit.

Il eut un cas de mort par hémorrhagie secondaire de la carotide externe. Une autre hémorrhagie secondaire artérielle ne fut pas suivie de mort.

C'est son observ. IV. Enfant de 5 ans. Énorme tumeur du côté droit du cou. La carotide primitive, trop intimement adhérente, dut être disséquée et liée, puis incisée. Plaie suturée.

Au 5^e jour, pendant qu'on enlevait le pansement, l'enfant cria beaucoup et le sang apparut entre les lèvres de la plaie. La région gonfla immédiatement et devint pulsatile. On coupa les sutures, le sang jaillit en jet : un doigt appliqué au fond de la plaie arrêta le saignement jusqu'à l'arrivée du chloroforme et des instruments. L'enfant guérit quelques semaines après.

La conclusion pratique que nous tirons de cette observation est que l'hémostase première doit être faite très attentivement, et ensuite qu'il faut donner aux enfants jeunes, lorsqu'on a des points de suture à enlever, du chloroforme pour éviter l'agitation extrême et leurs cris.

A Trousseau, quand nous avons vu enlever des points de suture à des enfants opérés pour bec de lièvre, sans l'emploi du chloroforme, ceux-ci se débattaient tellement que la plaie saignait toujours et se désunissait parfois ; avec l'anesthésie, au contraire, si facile et si anodine à cet âge, ces inconvénients sérieux n'existaient jamais.

Bruhn (1) rapporte que dans la plupart de ses cas, à cause des adhérences avec les gros vaisseaux et les nerfs l'extirpation faite avec les ciseaux et le bistouri a été laborieuse.

Dans son observation 19, la veine jugulaire externe a été coupée et liée.

Suivent nos observations personnelles dans lesquelles nous n'avons à noter aucun cas de mort, ni aucune hémorrhagie

(1) Bruhn. Thèse de Kiel, 1887.

secondaire, et on verra combien de fois cependant les gros vaisseaux ont été mis à nu sur une grande longueur.

III. — Marie P..., 10 ans 1/2.

Ganglions épitrochléens gauches suppurés fistuleux.

AH. — Nuls.

AP. — Fièvre typhoïde à deux ans. En février 93, affection tuberculeuse de la troisième phalange de l'index gauche (?) Quelques jours après apparaît un ganglion épitrochléen qui suppure, s'ouvre spontanément, laissant une ulcération. En même temps se montre un ganglion cervical qui disparaît spontanément.

Vient à Trousseau en mai 93. A ce moment, il existe une ulcération à la région sus-épitrochléenne d'une largeur d'une pièce de cinq francs au bras gauche, avec un petit ganglion sous-maxillaire droit, mobile. Opérée le 7 mai. Incision elliptique de la peau, on arrive sur un ganglion gros comme une noisette, situé en dedans de la *veine basilique* et en arrière d'elle, section d'un filet nerveux. *Dissection de la veine*. Ablation de trois ganglions situés en dehors de l'aponévrose.

14 mai. — Réunion par première intention.

Revue le 15 janvier 95. Cicatrice souple, un peu rosée, de 6 c. 1/2 de long. Mouvements du bras, libres. Pas de troubles sensitifs. Nul ganglion. État général excellent.

IV. — Claire V..., 16 mois.

Adénopathie sterno-mastoïdienne droite suppurée.

AH. — Père bien portant. Mère morte tuberculeuse.

AP. — Pas de maladies antérieures. Début des ganglions il y a 6 mois. État général bon. Dans la région sterno-mastoïdienne droite sont deux tumeurs allant jusqu'à l'angle de la mâchoire. Un ganglion derrière l'angle de la mâchoire. Les deux autres au niveau du sterno-mastoïdien comme des noix. Peau rouge à leur niveau. Mobilité sur les plans profonds. Rien dans les autres régions.

Opérée à Trousseau le 21 juin 1894. Dissection d'avec la parotide, le tronc *thyro-linguo-facial*. D'autres ganglions s'enfoncent plus profondément. Adhérences avec la *jugulaire interne*. Dissection de la *carotide* et de la *jugulaire*. Chlorure de zinc. Sutures. Sort guérie le 29 juillet.

Revient à l'hôpital le 3 août 94 avec excoriation d'un point de la cicatrice. Sort guérie le 23 août.

Revue janvier 95. Cicatrice en croix presque linéaire

Aucun ganglion dans la région opérée ni ailleurs. État général excellent.

V. — Louise L..., 13 ans 1/2.

Adénopathie cervicale fistuleuse.

AH. — Nuls.

AP. — Fièvre typhoïde à 13 ans. Toujours malade.

Ses ganglions ont débuté à l'âge de deux ans. Suppuration. Guérison à 4 ans. A 9 ans, récurrence avec trajets fistuleux qui ont duré jusqu'à son entrée à Trousseau le 30 juillet 1894. Etat actuel : à droite, ganglion de la grosseur d'une petite noix à la région angulo-maxillaire. Dans toute la région sous-maxillaire et sus-hyoïdienne, chaîne ganglionnaire avec empatement profond et trajets fistuleux.

A gauche, deux ganglions adhérents à la peau qui est rouge. Opérée le 25 août 1894.

I. — Incision de 4 à 5 cent. parallèle au sterno-mast. Une partie de la masse ganglionnaire doit être disséquée d'avec la jugulaire interne.

II. — Incision sous-maxillaire parallèle à la branche montante, longue de 5 cent. Extirpation. Ligature de la faciale.

Les deux incisions communiquent sous la peau et sont drainées par un même drain. Sut. Pans.

3 septembre. Ablation des fils.

24 octobre. Partie entièrement guérie. Revue 15 janvier 1895.

Cicatrice sterno-mastoïd. parfaite, presque blanche. Cicatrice sous-maxillaire légèrement chéloïdienne. Les points de suture ont marqué. Nul ganglion dans les régions opérées.

Bon état général, rien dans les autres régions. Les ganglions non opérés sont restés stationnaires. Un petit sous-mental, un sous-maxill., un sterno-mastoïd. gauches au niveau desquels, pour les deux derniers, la peau est rouge ; petite extirpation nécessaire de ce côté.

VI. — Marguerite G..., 10 ans.

Adénopathie tuberculeuse sterno-mastoïdienne fistuleuse.

AH. — Parents bien portants.

AP. — Coqueluche à deux ans, rougeole même époque. Il y a deux ans, apparurent des ganglions, pris pour les oreillons, qui grossirent et atteignirent le volume d'un œuf de poule en un mois. Ils s'ouvrirent spontanément et suppurèrent pendant six mois. Depuis il est resté une fistulette. Il y a trois mois, le ganglion avait à peu près disparu. Elle passa deux mois à la campagne et pendant ce temps il grossit de nouveau.

Vient à Trousseau en 1894. Au niveau du sterno-mast. droit, cicatrice déprimée, peau adhérente et rouge. En arrière de l'angle de la mâchoire, à 2 cent., est un ganglion, comme une noix, qui s'enfonce dans

la profondeur et adhère certainement au paquet vasculo-nerveux. Pas de douleur ni de fluctuation.

Prend de l'huile de foie de morue tous les hivers, sirop, iodure de fer, etc., ne tousse pas. Nul autre ganglion.

Opérée le 15 octobre 1894. Incision de 6 cent. sur le bord. ant. du sterno-mastoïd. Dissection, sans le crever, d'un gros ganglion dans l'angle de la *jugulaire interne* et du *tronc thyro-linguo-facial*. Ablation de ganglions adhérents à la face *postérieure de la jugulaire*. Les adhérences sont intimes et la *jugulaire interne est disséquée sur toute l'étendue de la plaie*.

22 novembre. Ablation des fils. Réunion par première intention.

VII. — Sch..., Albert, 11 ans.

Adénopathies tuberculeuses multiples

Opéré d'abord en 1892, par M. Broca.

Parti à Salies-de-Béarn en août, revenu en novembre 1892.

Son état général était excellent. État local :

Ganglion de l'aisselle, état parfait.

Ganglions cervicaux gauches en bon état. Quelques petites tuméfactions isolées non saillantes, ne nécessitant pas une opération.

Ganglions cervicaux droits. Ganglions sus-claviculaires assez volumineux.

Ces derniers nécessiteront une opération, surtout pour la tumeur qui s'étend du maxillaire jusqu'au lobule de l'oreille.

Le 2 avril 1893. Extirpation des ganglions axillaires droits.

Le 29 janvier 1894. Extirpation des ganglions cervicaux droits. 17 masses ganglionnaires non suppurées avec *dissection de la jugulaire interne*.

Part à Saint-Pol.

M. le docteur Harou a bien voulu nous donner les renseignements suivants (janvier 1895).

Régions sous-maxillaires. Longues incisions en fer à cheval.

I. Cicatrice de réunion par première intention. Les fils ont coupé en partie et de nombreuses petites cicatrices exubérantes existent en ces points.

Pas de récive.

II. Région carotid. gauche. Deux cicatrices déprimées adhérentes aux parties profondes. Cicatrice de réunion par première intention. Récive en ce point, ayant pour cause de l'eczéma impétigineux de l'oreille.

III. Région carotid. droite. Rien au point opéré. Chaîne moniliforme dans le creux sus-claviculaire (dont nous avons parlé plus haut).

IV. Régions axillaires parfaites, sans récurrence.

Etat général très amélioré. Pas de ganglions inguinaux.

VIII. — Albert G..., 5 ans.

*Ganglions tuberculeux sous-maxillaires droits et sous-mentaux
suppurés non fistuleux*

AH. — Père bien portant. Mère semble syphilitique, d'après les renseignements.

AP. — En bas âge bonne santé. En 1891 est venu à Trousseau où l'on a incisé un abcès situé à la place des ganglions actuels. Depuis lors les ganglions n'ont jamais disparu. En juin 1893 a été soigné à Saint-Louis pour une maladie de peau (?). A ce moment kératite phlycténulaire, puis rougeole. En novembre 1893 a suivi un traitement pour ses yeux aux Enfants malades. Est retourné au même hôpital pour une ulcération au coude droit en mars 1893.

Mai 1894. Etat actuel. A la région sous-maxillaire droite et sous-mentale existent deux ganglions comme de grosses noix. La peau est mobile sur eux. Ils roulent également sur les parties profondes.

Opéré le 4 mai. Extirpation de ces deux ganglions. Cela fait, on trouve un paquet de ganglions assez souples et non adhérents, situés à la partie *postérieure de la jugulaire interne*. Ils sont extirpés sans avoir été crevés *en disséquant la jugulaire* sur une étendue de 4 centimètres. Il a suffi pour cela de passer par l'angle postérieur de l'incision sous-maxillaire.

Drainage. Sutures.

11 mai 1894. Drain et fils enlevés. Réunion par première intention.

Revu le 16 octobre 1894. Au niveau du coude droit existe une tuberculose cutanée de la largeur d'une pièce de deux francs, recouverte d'une croûte.

Au cou il existe une cicatrice de 4 cent. environ dans la région sous-maxillaire droite et empiétant sur la ligne médiane. Pas de chéloïde. Cicatrice presque blanche tend à disparaître dans les plis naturels de la peau de cette région. Il existe là un ganglion sous-mental gros comme une noisette, mobile, non douloureux, dur. Nul ganglion ailleurs. *

Enfant bien portant mais dans un état d'hygiène déplorable.

Recueilli et nourri la plupart du temps par les voisins.

IX. — Georgette M., 11 ans.

*Adénopathie de la région sterno-mastoïdienne supérieure droite
avec deux fistules.*

AH. — Mère bien portante. Père franchement alcoolique. Frère de 8 ans en bonne santé.

AP. — Rougeole à deux ans. Gourme. Fièvre muqueuse à 8 ans.

En mars 1894, après une bronchite, parurent à la région sterno-mastoïdienne droite, un volumineux ganglion et quelques autres plus petits roulant sous le doigt. Le gros ganglion, un peu douloureux, non suppuré, fut incisé par un médecin qui le prit pour un abcès et le traversa d'un fil d'argent à demeure. Depuis lors les ganglions ont grossi.

En juin 1894, il existe à la région sterno-mastoïdienne droite, à l'angle de la mâchoire, un paquet ganglionnaire volumineux avec deux fistules.

5 juin 1894. Incision parallèle à la branche montante et à l'angle du maxillaire circonscrivant les fistules.

Extirpation d'un paquet superficiel de ganglions caséux dont les supérieurs sont *sur la carotide* et les inférieurs arrivent sur le digastrique qui est disséqué. En arrière et en dehors de la jugulaire on en trouve deux gros qui sont caséux et moins ramollis; ils sont extirpés sans être crevés. Ensuite ablation de quelques petits ganglions situés le long de la jugulaire.

Chlorure de zinc. Drain. Sutures.

12 juin. Drain et fils enlevés. Réunion par première intention.

Revue le 16 octobre 1894. Cicatrice encore rose avec tendance chéloïdienne sur deux centim. de longueur à la partie inférieure. Là, la cicatrice est dure, sans souplesse; la peau roule moins bien sur les parties profondes. Cependant il n'y a plus de ganglions ni dans cette région, ni ailleurs. Enfant en bonne santé. Ne tousse pas.

X. — C..., Léon, 8 ans.

*Adénopathie sterno-mastoïdienne et sus-claviculaire à droite
avec fistules.*

AH. — Parents bien portants. Trois enfants en bonne santé; un mort des suites d'une rougeole.

AP. — Rougeole en janvier 1893. A cette époque des ganglions s'ouvrirent spontanément dans la région sus-claviculaire droite et restèrent fistuleux. D'autres dans la région sterno-mastoïdienne droite

apparurent en avril 1893 et furent incisés en mai. Un autre sus-claviculaire droit fut encore ouvert à la fin de mai.

Entre à Trousseau. Opéré le 6 juin 1893. Extirpation des paquets fistuleux sterno-mastoïdiens avec *dissection de la jugulaire aux ciseaux*. Drainage. Suture.

8. Pansement imbibé. Renouvelé. Pas de rougeur.

10. Quelques fils sont enlevés. Du pus sort par les drains. Sutures tiennent.

19. Derniers fils enlevés : moins de pus. Drains raccourcis.

La température avait été le 8 au soir de 39°8, le 9 soir 39°7, le 10 matin 37°2, le 10 soir 38°2. Le 11, 38°. Après, température normale.

La réunion par première intention ne fut pas complète sur toute la ligne opératoire.

Le malade sort guéri le 28 août 1893.

Re entré à Trousseau le 1^{er} octobre 1893. La cicatrice sterno-mastoïdienne ne repose pas sur des ganglions. Il y a en outre : deux fistules sus-claviculaires droites ; une fistulette au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche.

Opéré le 1^{er} novembre 1893. Les deux fistules sus-claviculaires sont circonscrites par une incision elliptique chacune. Tissu dur, lardacé, autour des trajets, souple ailleurs, pas de points caséeux dans les ganglions. Fistule sus-sternale traitée de même. Chlorure de zinc. Suture sans drains. Sort guéri le 8^e jour. Revu guéri le 25 décembre 1893.

Revu 14 octobre 1894. Cicatrices blanches, non apparentes. Un ganglion [dur, gros comme un pois, dans la région sterno-mastoïdienne droite. Etat général excellent.

XI. — Sch..., Adrien, 2. ans.

Ganglions tuberculeux suppurés non ouverts de la région carotidienne supérieure.

AH. — Mère bien portante. Père débilité (gastrite chronique et fièvres palustres). Un enfant mort de méningite. Cinq morts de cause inconnue.

AP. — A eu la rougeole en juillet 93, à la suite de laquelle la région carotidienne supérieure commença peu à peu à grossir. Teinture d'iode localement. La tumeur continuant à augmenter, l'enfant n'en souffrant pas, et conservant l'appétit et le sommeil, la mère le conduit à Trousseau le 8 décembre 93.

Etat local. On constate au-dessous du lobule de l'oreille un gonflement considérable de la région carotidienne, avec empâtement dur, fluctuation au centre. La tumeur qui fait saillie aussi dans la région sous-maxillaire, a la grosseur d'une pomme d'api.

Opéré le 9 novembre 93. Incision parallèle au sterno-mastoïdien ; ouverture d'une poche superficielle au fond de laquelle est un pertuis qui conduit dans un ganglion sterno-mastoïdien supérieur, après ablation duquel on voit la carotide interne au fond de la plaie. Dissection des ganglions à la bifurcation *des carotides*. En haut, incision de la parotide. Entre la parotide et l'hypoglosse, un coup de ciseaux ouvre la *carotide externe* qui est liée. En bas la *jugulaire ayant été ouverte*, on y place une *ligature latérale*. Drainage. Sutures. Pansements aseptiques. La température reste normale jusqu'au 17 novembre, jour du premier pansement. Ablation des fils. Rien d'anormal du côté de la plaie. Réunion par première intention. Drain remplacé.

L'enfant ayant la diarrhée est repris par sa mère. Ramené deux jours après au pansement avec état fébrile grave. Température de 38°6, 39°, 39°4. En appuyant, on fait sortir du pus épais par le drain. Pansement humide : gros drain. Le lendemain, température normale. 31 décembre, va très bien. Suppure peu. Guérison complète en janvier. Cet accident de suppuration est certainement dû à la réintroduction du drain au moment du premier pansement par un élève peu aseptique. Revu 14 octobre 1894. Cicatrice de 4 cent. environ, blanche depuis trois mois, disparaissant beaucoup depuis un mois. Bon état général. Aucun autre ganglion. Ne tousse pas.

XII. — Louise P..., 12 ans 1/2.

Adénopathie cervicale droite suppurée non ouverte.

* AH. — Père tousse un peu. Mère alcoolique. Frère et sœur bien portants.

AP. — Nulle maladie antérieure. En février 1894, impétigo et furoncle de la nuque. A cette époque, on constate l'adénite cervicale formant d'abord de petits ganglions en chapelet, qui, bientôt, se fusionnent. Pendant toute cette période, l'enfant prenait journellement de l'huile de foie de morue. Examen le 28 mai 1894 :

Tumeur du volume d'une noix à la partie postérieure et supérieure du sterno-mastoïdien droit. Un peu douloureuse à la pression, mobile sous la peau et sur les plans profonds, mais fluctuante. Plus bas sont deux ganglions plus petits. Un autre petit est à gauche près du bord du trapèze.

Opérée le 1^{er} juin 1894. Incision oblique le long du bord postérieur et supérieur du sterno-mastoïdien, longue de 6 cent. Après dissection de la peau, qui, partout est libérable, le ganglion postérieur adhère fortement en arrière au plan musculaire et après l'avoir crevé il faut enlever la coque par une laborieuse dissection aux ciseaux. En haut la gangue adhère fortement à l'extrémité inférieure de la parotide. Cette

glande est incisée et on extirpe quelques petits ganglions compris dans son épaisseur. Après ablation de ces ganglions suppurés, on enlève des ganglions qui longent le bord postérieur et la face externe de la jugulaire interne. Ceux-là ne sont pas adhérents et la *veine est facilement disséquée dans toute la longueur de la plaie*. Chlorure de zinc. Drain. Sutures.

8 juin. Ablation des fils. Réunion par première intention. Drain supprimé.

Revue le 20 octobre 1894. Bonne santé. Ne tousse pas.

Cicatrice rouge encore, surélevée, un peu chéloïdienne, non douloureuse et assez bien dissimulée par les cheveux. Ne tend pas à devenir plus apparente. Nul ganglion perceptible dans cette région ni ailleurs.

XIII. — Clémence A..., 40 mois.

Adénopathie de l'aisselle droite avec fistule

AH. — La mère a fait quatre fausses couches. Un enfant de 10 ans a de l'otorrhée depuis 4 ans. Il ne semble pas y avoir de tuberculeux dans la famille.

AP. — Aurait eu, d'après son médecin, après le sevrage, plusieurs abcès froids cutanés.

A deux ans et demi a eu un abcès au coude qui a été incisé et gratté. Puis des ganglions ont apparu dans l'aisselle, se sont ouverts et sont restés fistuleux pendant cinq mois. L'enfant était alors à la campagne, mangeant peu, sans appétit. Les ganglions suppurèrent sans douleur.

Opérée le 3 décembre 1893. Le paquet, gros comme une noix, contre la paroi thoracique, est extirpé, ainsi que la fistule, aux ciseaux courbes.

Adhérence médiocre à la veine axillaire qui est disséquée.

Drainage. Suture.

8 octobre. — Ablation des fils et du drain. Réunion par première intention. L'orifice du drain resta fistuleux pendant un mois 1/2 environ jusqu'au jour où on gratta à la curette le petit trajet.

Revue le 30 octobre 1894. Enfant bien portante. Ne tousse pas.

Cicatrice blanche. Nul ganglion dans aucune région. Au coude existe une petite cicatrice adhérente à l'humérus qui semble indiquer un abcès froid d'origine osseuse et guéri.

XIV. — S..., Catherine, 8 ans.

Adénopathie tuberculeuse de l'aisselle gauche suppurée

AH. — Père, mère, trois enfants plus âgés bien portants.

AP. — Ophtalmie des nouveau-nés (Taie de la cornée). Rougeole à un an. Coqueluche l'année suivante.

Les ganglions ont apparu au cou à l'âge de deux ans. On fit un curettage à Tenon. Récidive. Puis ils apparurent dans l'aisselle gauche.

Conduite à Trousseau en avril 1893. On constate dans l'aisselle une tumeur grosse comme une forte mandarine, à surface rouge, avec peau amincie au centre : fluctuation. A la périphérie masse lobulée formée par des amas de plus petits ganglions. La tumeur s'enfonce profondément dans l'aisselle et y semble adhérente aux vaisseaux.

Opérée le 4 avril 1893. Incision de 8 à 10 cent. Ablation de toute la tumeur et des *ganglions adhérents aux vaisseaux*. La poche distendue est crevée mais enlevée en entier par dissection aux ciseaux courbes. Suture. Drainage.

Réunie par première intention. Plus tard il se reforma, dit la mère, une fistule (?) qui guérit seule.

Revue fin octobre 1894. La cicatrice de l'aisselle est parfaite, il n'y a aucun ganglion.

L'adénopathie cervicale existe toujours. Il y a de chaque côté une chaîne de ganglions durs et gros comme des noisettes. Deux sous-maxillaires de chaque côté sont fluctuants et la peau est rouge à leur niveau. Trace des anciennes incisions faites à Tenon. Ces incisions et les curettages n'ont pas suffi à amener la guérison.

Enfant chétive. Rien aux poumons. Nous ordonnons huile de foie de morue et conseillons nouvelle opération pour les ganglions suppurés et pour les autres s'ils augmentent dans l'avenir.

XV. — Pierre D..., 16 mois.

Adénopathie tuberculeuse de l'aisselle droite avec un point suppuré.

AH. — Mère bien portante. Père alcoolique. Trois enfants morts (rougeole, scarlatine, croup).

AP. — Enfant venu à terme. Pas de maladies antérieures.

En août 1893, l'enfant est pris de fièvre, et quand on le prend par le bras, il pleure. Sous le bras droit on sent une grosseur qui rend douloureux les mouvements du bras. A part cela, il est bien portant.

Un médecin fait appliquer pommade, teinture d'iode, ordonne iodure de potassium à l'intérieur. Le 8 septembre, au dispensaire Furtado Heine, on diagnostique un abcès qu'on veut ouvrir. La mère s'y oppose. Les jours suivants, la tumeur augmente, les forces de l'enfant diminuent, l'appétit disparaît, la figure pâlit, l'enfant maigrit beaucoup, a des accès de fièvre.

Conduit à Trousseau le 1^{er} octobre 1893, on constate dans la région axillaire droite, appliquée contre la paroi thoracique, une tumeur dure,

indolente, bosselée en certains points, surtout à la face supérieure, du volume d'une petite mandarine. Elle est un peu fixée aux plans profonds, mais mobile sous la peau, dont l'aspect est normal. Pas de fluctuation. La tumeur remonte en haut dans le creux axillaire qui est rempli.

Opéré le 1^{er} octobre 1893. — Incision sur la paroi thoracique. Après incision de la peau, on tombe sans démarcation dans un tissu lardacé, grisâtre, ayant l'aspect sarcomateux, faisant corps avec les bords des muscles grand pectoral et grand dorsal. Dissection à la face externe de ce tissu au bistouri et aux ciseaux courbes, en rasant la cage thoracique. En haut un petit foyer de pus bien lié est ouvert. Puis le *paquet lardacé fait corps avec le paquet vasculaire qui est disséqué presque en entier. Petite incision de la veine axillaire avec ligature latérale.*

Drain. Sutures. Pansement compressif.

5 octobre. — Ablation du drain et d'une partie des fils. Réunion. Guérison complète huit jours après.

Examen histologique du docteur Lesage (laborat. de Clamart). Adénite tuberculeuse avec cellules géantes. Pas coloré de bacilles, pas d'inoculation.

Revu le 27 octobre 1894. Santé excellente. A complètement changé depuis l'opération. Cicatrice parfaite, blanche, nul ganglion. Ne tousse pas.

XVI. — Antoine S., 14 ans 1/2.

Adénopathie tuberculeuse cervicale suppurée avec fistules.

AH. — Père et mère bien portants. Cinq enfants morts (un tuberculose pulmonaire, les autres rougeole et croup). Cinq enfants vivants, dont deux filles, ont eu des abcès de l'aiselle.

AP. — Coxalgie à l'âge de 5 ans. A 7 ans premier ganglion suppuré sous-mental. En 1893, à droite ganglion du cou ouvert spontanément et resté fistuleux. A la suite une chaîne de ganglions apparut. Au début de 1894 l'oreille droite suppura jusqu'en juillet. A gauche, dans la région sous-mentale, des ganglions parurent en mai 1894. Tous les ganglions augmentent progressivement, sans douleur.

Entré à Trousseau le 25 juin 1894. L'adénopathie qui existe depuis plus d'un an occupe les régions suivantes :

A droite il y a : I. Un volumineux ganglion parotidien.

II. Un à l'angle de la mâchoire.

III. Un gros paquet à la partie moyenne du sterno-mastoïdien.

IV. De petits ganglions dans le triangle sus-claviculaire.

Sur toute la région de nombreux trajets fistuleux.

A gauche volumineux ganglion à l'angle de la mâchoire.

Opéré à droite le 8 juillet 1894. Incision de 10 centim. parallèle au sterno-mastoidien. Dissection très laborieuse d'un paquet de ganglions situé *le long de la face antérieure de la jugulaire* et devant l'embouchure du tronc thyro-linguo-facial. Ces ganglions qui sont fistuleux adhèrent de tous côtés par un tissu fibreux très dense. Au-dessous ce paquet se prolonge en une petite chaîne de ganglions assez souples faciles à attirer.

La carotide primitive et la carotide externe ayant été disséquées, la chaîne ganglionnaire située derrière la *jugulaire* est abordée. Les ganglions inférieurs ne sont pas caséux, les supérieurs le sont et conduisent jusqu'à la nuque à la base du crâne.

Enfin extirpation au-dessus de la courbe du digastrique d'un ganglion caséux à l'extrémité inférieure de la parotide.

Chlorure de zinc. Drainage. Sutures.

Réunion par première intention.

Opéré de nouveau à gauche le 4 septembre 1894.

Incision transversale de la région sous-mentale à 5 centim. en arrière du menton parallèle aux plis de la région, longue de 10 centim.

Les fistules et la peau malade qui les entoure sont enlevées (pièce de 2 fr.)

Ablation de deux gros ganglions caséux et d'un paquet sous-mental.

Chlorure de zinc. Drain. Sutures.

Réunion par première intention.

Revu le 27 octobre 1894. La cicatrice sous-mentale est blanche. A droite, la longue incision est rose et blanche suivant les points. En avant du lobule il y a une petite cicatrice blanche de 2 centim., peu apparente. En arrière du sterno-mastoidien est une cicatrice de 4 centim. un peu rouge.

Les cicatrices ne sont pas toutes complètement planes mais n'ont pas de tendance chéloïdienne.

Nulle part n'existe de ganglion.

Au niveau de canal de Stenon, à droite, il y a eu incision d'un petit abcès tuberculeux (au début de 1894, à la Pitié). Il persiste une fistulette salivaire, le canal de Stenon ayant été lésé. Cette fistulette tend à se fermer.

Bon état général. Ne tousse pas.

La coxalgie ancienne a lésé de l'ankylose. La flexion de la cuisse droite sur le bassin est possible mais l'adduction entraîne avec elle le bassin. Après une marche un peu longue il y a de la fatigue. Pas de douleurs. Pas de claudication.

XVII. — Lucienne C..., 5 ans 1/2.

Adénopathie tuberculeuse sous-maxillaire droite, suppurée, fistuleuse

AH. — Père bien portant. Mère probablement tuberculeuse.

AH. — Rougeole à deux ans avec conjonctivite phlycténulaire à la suite. À trois ans, scarlatine avec anasarque. Pendant la convalescence apparurent des ganglions sous-maxillaires qui n'ont jamais disparu. Ils sont fistuleux depuis plusieurs mois.

Consulte à Trousseau en juin 1894. Gros ganglions sous-maxillaires droits fistuleux avec peau rouge, adhérente, décollée sur les bords.

Opérée le 24 juin 1894. Incision sterno-mastoid. d'environ 10 centim. Deux ganglions superficiels adhérents sont enlevés. Puis d'autres plus profonds en avant et en arrière (c'est le plus volumineux) de la jugulaire sont extirpés. Drain. Sutures.

30 juin. — Ablation des fils. Réunion partielle.

L'enfant est envoyée à la campagne. La mère nous dit (fin octobre 94) que la cicatrice est rouge et qu'il y a encore une grosseur à ce niveau. Ne peut fournir de renseignements plus exacts.

XVII. — Jean B..., 11 ans.

Adénopathie tuberculeuse cervicale double non suppurée

A. H. — Père alcoolique, mort tuberculeux, il y a trois ans. Mère anémique (bronchites). Frères et sœurs en bonne santé.

A. P. — Rougeole à l'âge de 18 mois avec complications oculaires ayant duré six mois. Début de l'adénopathie cervicale qui apparut des deux côtés à la fois en 1893 et continua à augmenter malgré le traitement interne par huile de foie de morue et sirop d'ioduré de fer, institué d'emblée.

Entré à Trousseau le 21 mai 94. Présente alors un grand nombre de ganglions qui font saillie de chaque côté du cou et soulèvent la peau qui n'a pas changé d'aspect.

Côté gauche : Un ganglion parotidien douloureux de la grosseur d'une petite noix. Un rétro-maxillaire douloureux un peu plus volumineux descendant jusqu'à l'angle de la mâchoire. Deux sous-maxillaires comme des noisettes. Toute une chaîne carotidienne, ganglions sur le bord postérieur du sterno-mastoidien, dont un supérieur assez gros, visible sous la peau quand le muscle est tendu.

Côté droit : Un parotidien symétrique. Deux rétro-maxillaires. Trois sous-maxillaires. Une chaîne carotidienne. Au niveau du bord postérieur du sterno-mastoidien, chaîne moins accentuée.

Pas de ganglions sous-mentaux.

Légère adénopathie, minime, sus-claviculaire.

Ganglions inguinaux et cruraux de chaque côté.

Un paquet axillaire douloureux à gauche.

Opéré 24 mai 1894. Incision sur le 1/3 supérieur du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Extirpation de 4 ganglions intra-parotidiens ; 2° de quelques petits ganglions superficiels à la face antéro-externe de la jugulaire ; 3° d'un volumineux paquet derrière la jugulaire *qui est isolée sur toute la longueur de l'incision* en avant, en dehors et en arrière. Les ganglions ne sont pas suppurés. Sutures. En tout 15 ganglions. Huit jours après, ablation des fils. Réunion complète.

15 juin 1894. Opéré à droite. Rien à noter. Extirpation des ganglions.

Le 19 juillet, courbe d'une fièvre typhoïde légère.

Sorti en convalescence le 16 juillet 1894.

Revu fin novembre 1894. A droite : cicatrice en forme de fourche, le manche dirigé en haut. Aspect de la cicatrice rouge pâle, fibreuse : ne paraissant pas en regardant l'enfant de face.

A gauche : cicatrice commençant au lobule de l'oreille, longue de 9 centim., la moitié inférieure un peu plus colorée que la peau voisine, la moitié supérieure formant une petite crête rose pâle. Invisible en regardant l'enfant de face.

Tous les ganglions ont disparu. Etat général bien meilleur. L'enfant s'est fortifié, n'a gardé de sa fièvre typhoïde qu'une prédisposition aux cauchemars.

XIX. — K..., Marie, 13 ans.

Adénopathie tuberculeuse cervicale droite suppurée avec plusieurs fistules

AH. — Père robuste mort de fièvre typhoïde. Mère sujette aux bronchites. Quatre enfants bien portants : un atteint de tuberculose pulmonaire (?)

AP. — Pas de maladies, mais toujours malingre. Il y a six mois parurent des ganglions sternomastoïdiens et sous-maxillaires droits qui subirent des alternatives d'amélioration et d'augmentation.

Entrée à Trousseau le 25 mai 1894. — A l'angle de la mâchoire, à droite, tumeur comme un œuf de poule soulevant le sterno-mastoïdien. Peau rouge, violacée, avec trajets fistuleux multiples angulo-maxillaires, sous-maxillaires, avec bourgeons charnus fongueux. Il s'écoule du pus à la pression. Il y a aussi des ganglions rétro-maxillaires et sous-hyoïdiens. Vaste masse empâtée, lobulée, fluctuante en certains points (surtout région sous-maxillaire). Adhérences à la peau et aux plans profonds.

Enfin quelques ganglions durs, petits, mobiles, en arrière du sterno-mastoïdien et dans le creux sus-claviculaire.

Opérée le 25 mai 1894. — Incision de 15 c. environ parallèle au bord

inférieur du maxillaire, à deux travers de doigt au-dessous et recourbée en haut et en arrière parallèlement à la branche montante. Excision au bistouri de 2 c. environ de peau violacée au niveau des trajets fistuleux : libération du bord antérieur du sterno-mastoïdien qui adhère à la masse ganglionnaire. A ce moment ouverture d'un abcès. Dissection de la partie antérieure adhérente de la tumeur. Le sterno-mastoïdien est ensuite complètement isolé. La *veine jugulaire est soigneusement disséquée au ciseaux* courbes depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à son confluent avec la *veine sous-clavière*. La masse ganglionnaire est enlevée par morcellement. *Section du tronc thyro-linguo-facial (ligature)*. Il reste encore quelques ganglions dans la région sous-occipitale et parotidienne. Chlorure de zinc. Suture. Gros drain traversant de part en part l'incision. La peau épaissie, rigide, tiraille sur la suture (de plus on en a sectionné une partie fistuleuse). La tête est maintenue par le pansement en flexion sur l'épaule droite.

31 mai. On enlève les points de suture qui sont pris en partie sauf les deux inférieurs près du drain. Celui-ci est retiré, remplacé par une mèche de gaze iodoformée.

11 juin. Réunion complète. Il reste un bourgeon charnu à l'extrémité inférieure de l'incision par où sortait le drain et il ne disparaît qu'au commencement d'octobre. A ce moment guérison complète.

Revue 14 janvier 1895. — Guérie.

Présenté deux cicatrices :

I. A droite, de l'apophyse mastoïde au cartilage thyroïde, cicatrice un peu saillante, parfois un peu douloureuse à la pression. Peau un peu rétractée de ce côté sans gêne des mouvements. Sterno-mastoïdien un peu dur et légèrement rétracté sans torticolis.

II. A gauche, cicatrice sous-maxillaire un peu surélevée, non douloureuse. Aucun ganglion de ce côté.

A droite on sent trois ganglions comme des noisettes en avant du sterno-mastoïdien.

XX. Juliette L..., 4 ans.

Adénopathie tuberculeuse suppurée cervicale double.

AH. — Père a des coliques de plomb. Mère, à l'âge de 20 ans, a eu une pleurésie, soignée pendant 4 ans pour anémie. Trois enfants bien portants.

AP. — Bien portante jusqu'à 16 mois. A ce moment gourme généralisée qui dura 6 mois. En janvier 1894 apparurent les ganglions qui ont toujours été en augmentant.

Etat en mai 1894, à son entrée à Trousseau :

A gauche, sur le bord du sterno-mastoïdien, masse arrondie comme un gros marron, allant jusqu'au bord inférieur du lobule de l'oreille,

masse fluctuante adhérente aux parties profondes, recouverte par une peau colorée qui, à la partie inférieure, est d'un rouge intense sur l'étendue d'une pièce de 50 cent. et annonce une ouverture spontanée, imminente. A l'angle de la mâchoire, petit ganglion dur, gros comme une amande.

A droite, sur la face externe et le bord postérieur du sterno-mastoïdien, à 2 cent. de la clavicule, est une tumeur arrondie, de la grosseur d'une noix. Peau rouge, chaude dans l'étendue d'une pièce de un franc. Fluctuante. Le long du sterno-mastoïdien en remontant vers la partie supérieure, sont de petits ganglions de grosseurs différentes. Un beaucoup plus grand à l'angle de la mâchoire; son grand axe mesurant environ 2 cent.

Petits ganglions dans les régions inguinales.

Etat général bon. Rien aux poumons. Pas de diarrhée, Blépharite. Coryza habituel avec érythème. Pas d'épaississement de la lèvre supérieure.

Côté droit opéré le 4 juin 1894. Incision sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien, allant de l'angle de la mâchoire au tiers externe de la clavicule, circonscrivant en ellipse la partie rouge, adhérente de la peau. Extirpation du ganglion, *adhérent très intimement à la jugulaire disséquée aux ciseaux sans être crevée*. Au dessus, paquet de ganglions non suppurés n'adhérant aux vaisseaux que lâchement. *La jugulaire a été blessée à la fin de l'opération par inadvertance*. Chlorure de zinc. Sutures. Drain.

Le 13, ablation des fils, quelques bourgeons charnus surtout à la partie inférieure de la plaie. Sort guérie le 14 juillet.

Rentrée le 26 juillet.

Dans la région rétro-maxillaire gauche, le ganglion suppuré est gros comme un œuf de poule.

Opérée le 27 juillet. Incision parallèle au sterno-mastoïdien. Les ganglions s'enfoncent *profondément jusqu'à la carotide et la jugulaire* puis vont jusqu'aux scalènes qu'on aperçoit dans le fond de la plaie. Dissection et extirpation des ganglions. Drain. Sutures.

Sortie le 29 juillet. S'infecte superficiellement et n'est guérie qu'au début de septembre.

Revue fin novembre 1894.

Il existe à droite une cicatrice linéaire de 8 cent. de long, formant une crête peu élevée et peu colorée.

A gauche, une cicatrice linéaire, verticale de 5 cent., rose pâle. Au dessus de l'oreille droite, on sent un petit ganglion ovoïde douloureux à la pression.

Rien d'autre à noter.

XXI. — Marius J..., 8 ans.

Adénopathie tuberculeuse cervicale gauche suppurée

AH. — Mère en bonne santé. Père mort tuberculeux en juillet 1894.

AP. — Scarlatine à 2 ans 1/2. Convulsions dans le bas-âge. Rougeole et broncho-pneumonie à 5 ans. En octobre 1892 a été opéré pour ganglions tuberculeux du cou à droite. Ils duraient depuis 4 à 5 mois, fistuleux. Déjà à cette époque on sentait à gauche de petits ganglions roulant sous la peau. Ils sont restés stationnaires jusqu'au début de mai 1894, puis ont augmenté peu à peu jusqu'au jour de l'opération.

Etat actuel en mai 1894. Un gros ganglion rétro-maxillaire gauche en arrière de la branche montante. Deux ganglions répondant à la grande corne de l'os hyoïde. Ils sont un peu adhérents aux parties profondes et l'un d'eux semble suppuré. Rien ailleurs.

Opéré le 31 mai 1893. Incision s'étendant de la moitié de la hauteur de la branche montante aux premiers anneaux de la trachée. Dissection et libération du sterno-mastoïdien. Gros ganglion superficiel. On tombe ensuite sur une masse adhérente aux parties voisines, *notamment à la jugulaire, qui est dénudée aux ciseaux courbes sur une longueur de 3 à 4 cent.* Cette masse est enlevée. On termine par l'ablation d'une série de petits ganglions. Sutures sans drain.

8 juin. Réunion par première intention.

15 juin. Cicatrisation parfaite.

Revu le 11 novembre 1894.

A droite : Région sus-hyoïdienne latérale, cicatrice de 2 cent. (opération de 1892.) blanche, peu visible. Au-dessous trois ganglions comme de petits pois, durs, mobiles, n'ayant jamais grossi.

A gauche : Cicatrice linéaire, un peu surélevée, non cheloïdienne, encore rose, disparaissant. Région carotidienne : nul ganglion.

A l'angle du maxillaire, en dedans et au-dessous de lui un ganglion, comme une grosse noisette. Était comme un pois à l'époque de l'opération. L'enfant a passé deux mois à la campagne. A son retour le ganglion avait acquis le volume qu'il a maintenant. Depuis trois semaines prend deux cuillerées d'huile de foie de morue par jour. Le ganglion ne tend pas à augmenter. Nul ganglion ailleurs. Rien aux poumons. Enfant chétif mais bien portant.

Mange bien. Supporte admirablement l'huile de foie de morue. Nous prescrivons 4 cuillerées.

XXII. — G. Honoré, 14 ans.

Adénopathie cervicale gauche tuberculeuse avec ganglions suppurés.

AH. — Parents bien portants. Deux sœurs ont eu de l'adénopathie

Manson. — 5.

cervicale avec ganglions souples, non suppurés. Se sont trouvées très bien d'un séjour à la campagne. Deux frères morts en bas-âge.

AP. — Rougeole à l'âge de 4 ans. La maladie semble avoir débuté à cette époque par le ganglion rétro-maxillaire gauche. Les ganglions grossissent, surtout depuis 1893.

Vient à Trousseau, le 19 mars 1894.

On constate à *gauche*: une chaîne ganglionnaire tout autour du maxillaire inférieur. Le ganglion préauriculaire est pris et volumineux. Derrière la branche montante sont 4 ou 5 ganglions ramollis dont un inférieur et un sous-maxillaire très volumineux. Petits ganglions dans le creux sus-claviculaire.

À *droite*: un ganglion carotidien et un sous-maxillaire sans importance. L'adénopathie ne donne lieu à aucune douleur, à aucun trouble fonctionnel. Opéré le 20 mars 1894. Incision de 12 cent. en fer à cheval sur le trajet des ganglions. On enlève: un ganglion sous-maxillaire en rapport avec l'artère faciale qui est respectée; trois ganglions intra-parotidiens sans difficulté. Un ganglion carotidien supérieur.

Drain. Sutures.

30 mars. Réunion par première intention. Sort guéri le 1^{er} avril 1894.

Revu le 25 octobre 1894. La cicatrice encore un peu rouge, qui circonscrit tout l'angle de la mâchoire, est linéaire dans la majeure partie du trajet. Dans la région sous-maxillaire elle est très bien dissimulée au-dessous du bord de l'os. Dans un espace de 3 cent. derrière l'angle de la mâchoire elle est visible formant des plis radiés. Il existe un ganglion de la grosseur d'un pois pré-auriculaire, de même dans la région sous-maxillaire. Un ganglion parotidien de la grosseur d'un haricot.

Bon état général.

XXIII. — Léon C..., 12 ans et demi.

Adénopathie tuberculeuse cervicale droite, suppurée non ouverte.

AH. — Nuls.

AP. — Gourme à deux ans. Rougeole à 7 ans et demi. Bronchite à 9 ans.

En mars 1893, apparut l'adénopathie cervicale droite. Immédiatement on lui donna huile de foie de morue, sirop anti-scorbutique. Localement pommade.

L'adénite augmentant avec rapidité, entre à Trousseau le 11 juin 1894.

État local: à droite: 1° Il existe sur la face postérieure du sternomastoïdien, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, douloureuse à la pression, difficilement mobile surtout de haut en bas, et commençant à se ramollir; 2° Un ganglion angulo-maxillaire gros comme une noisette, très mobile; 3° Un sous-maxillaire comme une petite noix, dur, mobile; 4° Un carotidien.

Les téguments ne sont pas altérés.

A gauche : Légère adénite carotidienne et sous-maxillaire.

Opéré le 14 juin 1894. — Incision de 7 centimètres sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien.

Le ganglion volumineux, suppuré, adhérent à la peau, est crevé. Dissection aux ciseaux courbes pour libérer le bord supérieur du sterno-mastoïdien. En avant on arrive à la jugulaire dont la face postéro-externe est très adhérente aux ganglions, en bas surtout. Ablation de la masse ganglionnaire. Toilette de la partie postérieure de la nuque pour enlever la poche adhérente aux muscles.

Cela fait, le ganglion sous-maxillaire étant refoulé avec l'index gauche, est extirpé en avant de la *jugulaire* sans incision cutanée nouvelle. Il était caséeux mais n'a été crevé qu'au dernier moment en le faisant complètement basculer pour l'extraire. Extirpation de quelques petits ganglions non caséux, non confluent, à la face postérieure *du tronc thyro-linguo-facial et de la jugulaire*. Chlorure de zinc. Drains suturés.

Sorti guéri le 16 juillet.

Revu fin novembre 1894. — Cicatrice de 7 centimètres encore rose, tendant à disparaître, non chéloïdienne, large de 2 millimètres. Dans la région un seul ganglion comme un pois dur.

A gauche : Les ganglions, après avoir un peu grossi, ont *complètement* disparu avec l'huile de foie de morue. Dans la région de la nuque trois ganglions comme de petits pois durs.

Rien ailleurs. Poumons sains. Rien d'autre à noter.

XXIV. — Catherine A..., 6 ans 1/2.

Ganglions axillaires suppurés non ouverts.

A.H. — Nuls.

A.P. — Rougeole en 1892. Depuis le mois d'août 1893, douleurs dans l'aisselle droite avec gêne dans les mouvements. Cette douleur passagère ne dura que quelques jours et les ganglions évoluèrent sourdement. A son entrée à Trousseau (septembre 1893), on trouve un paquet sur la paroi antérieure du creux de l'aisselle *et le long des vaisseaux*. La plupart des ganglions sont durs, d'autres ramollis, fluctuants.

Opérée le 25 septembre 1893. En disséquant, un des ganglions, est ouvert et le pus se répand dans la plaie. Drain. Sutures.

1^{er} octobre 1893. Réunion par première intention.

Depuis, la malade n'a pu être retrouvée.

XXV. — A. Homme, 21 ans.

Adénopathie cervicale, ganglions sus-claviculaires suppurés

Chancre induré en 1891. Vient consulter M. Broca le 4 avril 1891.

A ce moment roséole et adénopathie spécifique dans l'aîne.

Est porteur d'adénopathie cervicale droite depuis un an. Elle augmente très lentement. Pas de traitement antérieur. Indolence.

Quelque temps après, suppuration des ganglions sus-claviculaires, adhérents à la peau. Il y en a trois très nettement appréciables dont un superficiel avec peau violacée.

Opéré le 13 mars 1891. Incision parallèle à la clavicule. Extirpation de deux ganglions comme une noix, dont un suppuré. Résection de toute la peau malade. Un petit ganglion supérieur est situé le long de la jugulaire externe qui est dénudée du golfe de la jugulaire à 5 ou 6 cent. au dessus. Petit drain. Suture.

Réunion par première intention.

Le ganglion sous-maxillaire gauche diminue et devient moins sensible à la pression.

Le 31 mai les ganglions carotidiens et angulo-maxillaires droits sont certainement en voie d'accroissement, sans fluctuation.

Le malade se refusant à l'extirpation, M. Broca fait dans chacun d'eux une injection de quelques gouttes de naphthol camphré : il en résulte un œdème notable. 13 juin, œdème à peu près disparu. Indolence à la pression. 15 juin, ganglions vont bien.

Revu 17 mars 1894. Cicatrice sus-claviculaire blanche, souple ; sous elle aucun ganglion. Les ganglions supérieurs antérieurement constatés sont un peu plus gros, comme une noisette, le rétro-angulaire est comme une amande, le sous-maxillaire comme une noix. Au milieu de la région sterno-mastoïdienne gauche, bombant surtout sous le bord postérieur du muscle, paquet volumineux bosselé, un peu douloureux à la pression. Une des bosselures est fluctuante et adhérente à la peau avec un empatement autour.

Il y a eu manifestement, quelques jours avant, une poussée inflammatoire actuellement en décroissance et pendant laquelle ces ganglions douloureux gênaient les mouvements du cou.

19 mars 1894. Deux piqûres de naphthol camphré dans la partie non ramollie du gros paquet sterno-mastoïdien et dans le ganglion rétro-maxillaire. Fin mars : les ganglions ont un peu diminué. Le malade n'a pas été revu depuis.

XXVI. — P..., Louise, 14 ans.

Adénopathie sus-claviculaire et cervicale avec fistule, à gauche.

AH. — Parents bien portants. Un frère mort à 4 ans de tuberculose suraiguë.

AP. — A toujours été chétive. Etant enfant a eu des ganglions sterno-mastoïdiens gauches qui ont disparu. Régée en mars 1893. Depuis, irrégulièrement. Entrée à Trousseau le 26 avril 1894. A gauche, au-dessus de la clavicule, on sent une petite masse dure, roulant sous le doigt, de la grosseur d'une cerise. Elle a déjà eu en ce point un abcès gros comme un œuf de pigeon, qui a été incisé et a donné issue à du pus. Autour de ce ganglion on sent un paquet sus-claviculaire remontant jusqu'à mi-hauteur du cou. Les ganglions supérieurs sont souples et mobiles. L'inférieur est recouvert d'une peau violacée, adhérente. Au centre est une fistule restée de l'incision précédente.

Opérée le 1^{er} mai 1894. Incision sus-claviculaire elliptique entourant le ganglion suppuré inférieur : incision parallèle au bord postérieur du sterno-mastoïdien. Dissection de la poche suppurée située au-devant de l'aponévrose. Les ganglions sus-claviculaires supérieurs sont également suppurés et *adhérents à la veine jugulaire sur une longueur de 6 centimètres*. En avant de l'embouchure de la jugulaire dans la sous-clavière on trouve un gros ganglion suppuré qui conduit dans une vaste poche prétrachéale. Extirpation d'une partie de ce ganglion. Incision verticale au devant de la trachée par où on passe une mèche de gaze iodoformée. Drainage. Chlorure de zinc. Sutures.

Sortie le 7 mai incomplètement guérie. Vient se faire panser tous les huit jours et guérit assez rapidement.

Revue le 26 décembre 1894. Cicatrice rose. Nul ganglion dans la région, ni ailleurs. Etat général excellent. Apparence de santé florissante. A engraisé de dix-neuf livres depuis son opération. Rien aux poumons. Un peu d'eczéma de la lèvre supérieure et des narines. Prend tous les jours 4 cuillerées à bouche d'huile de foie de morue.

XXVII. — Gilberte D., 18 ans.

Ganglions tuberculeux du cou.

Rougeole à 6 ans. A ce moment apparition des ganglions en arrière de la branche montante du maxillaire. Ils augmentent jusqu'à 17 ans 1/2. Opérée à Broussais. Les ganglions étaient suppurés. Il n'y avait rien dans le triangle sus-claviculaire. A ce moment des ganglions apparaissent suivant le bord postérieur du sterno-mastoïdien jusqu'à l'apophyse mastoïde.

Opérée à Trousseau le 2 juin 1894. Incision dans le creux sus-claviculaire allant rejoindre le bord postérieur du sterno-mastoïdien à sa partie moyenne. Extirpation d'un paquet volumineux de ganglions adhérents entre eux quoique non suppurés. Les ganglions qui remplissent le creux sus-claviculaire arrivent en avant contre *la jugulaire*, en bas contre *la veine sous-clavière*, qui sont disséquées sur toute la longueur de la plaie.

Petite incision pour extirper deux ganglions mastoïdiens suppurés.

Drain. Chlorure de zinc. Sutures.

9 juin. Réunion par première intention. 15 juin, guérison complète.

— Non revue. Inconnue à l'adresse indiquée.

XXVIII. — Augustine L... , 14 ans 1/2.

Adénopathie tuberculeuse cervicale droite.

Adénopathie datant de l'enfance, soignée à Berck du 12 juillet 1890 au 8 novembre 1892. Deux grattages. N'avait conservé au retour qu'un petit ganglion. Depuis cette époque les ganglions ont reparu et augmenté progressivement.

Entrée à Trousseau, 17 mars 1893. Amas volumineux (orange) correspondant en avant au bord antérieur du masseter, en arrière au bord postérieur du sterno-mastoïdien, en haut au lobule de l'oreille, au bas à un travers de doigt au-dessous du bord inférieur du maxillaire. Deux groupes principaux antérieur et postérieur.

Téguments normaux. En arrière cicatrice de l'ancienne opération.

Masse n'adhérant pas à la peau mais aux plans profonds.

Ganglions comme des pois dans le triangle sus-claviculaire.

Creux axillaire. Trois ganglions.

A gauche. Deux ou trois ganglions sous mentaux. Deux assez volumineux dans le creux de l'aisselle.

Ganglions inguinaux et cruraux des deux côtés.

Opérée 19 mars 1893. Extirpation des ganglions cervicaux gauches. Tous les ganglions sont partiellement au moins le siège de la caséification. Un certain nombre est presque entièrement détruit. Quelques-uns sont enlevés par morcellement. La cavité laissée après extirpation est large, anfractueuse. On y voit *dénudée sur plusieurs centimètres la veine jugulaire interne* à laquelle adhéraient des ganglions.

Drain. Sutures.

20 mars, de 38,4 le soir. 21 mars, 36,4 matin, 39,2 soir.

22 mars, normale.

21 mars. On fait le pansement, aspect normal.

Sortie le 4 mai. Il persiste deux fistules. Va à Salies de Béarn. — 20 février 1894. Ablation des ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux.

XXIX. — Louise S., 10 ans 1/2.

Adénopathie tuberculeuse cervicale droite suppurée avec fistules.

AH. — Bons.

AP. — En 1891, grosseur dans la région parotidienne et sous-maxillaire droites ayant augmenté assez rapidement. Ouverture spontanée trois mois après. L'abcès se ferme : bientôt s'en reforme un autre incisé par un médecin. Tous deux se cicatrisent. Pendant l'hiver 1892-1893, état stationnaire. Au printemps 1893, les ganglions augmentent. En juillet 1893, un abcès volumineux s'ouvre et il persiste un trajet fistuleux. Deux autres s'ouvrent également après.

Entrée à Trousseau 27 novembre 1893. Etat à cette époque : Engorgement de tous les ganglions sterno-mastoïdiens. Un gros paquet supérieur et moyen. Une fistule derrière l'oreille : une sterno-mastoïdienne moyenne ; une sus-claviculaire.

Opérée le 29 novembre 1893. Incision sur presque toute la hauteur du cou, parallèle au sterno-mastoïdien, passant par les deux fistules supérieures et tombant sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien qui est isolé au bistouri, de la masse sous-jacente fistuleuse, lardacée, indurée, adhérente à la gaine musculaire. Après cet isolement on voit en avant le bord bleu de la jugulaire interne absolument accolée aux ganglions. Isolement et *dissection aux ciseaux courbes de toute la longueur de la jugulaire*. On voit la carotide dont la gaine n'adhère que fort peu sur la même longueur. Puis abstraction de la masse qui se rompt à plusieurs reprises sous les tractions et qu'il faut enlever par morcellement. En arrière deux trajets conduisent jusque sous la peau amincie.

La fistule sus-claviculaire conduit dans un très gros ganglion qui s'engage sous l'angle de la jugulaire et de la sous-clavière, adhérent à ces deux veines par un tissu fibreux très dense. Dissection aux ciseaux pendant laquelle un tout *petit pertuis à la sous-clavière*. Pince puis *ligature latérale*. Ablation des petits ganglions facilement accessibles autour de la plaie. Chlorure de zinc. Un drain tout le long de la jugulaire. Deux autres dans de petits clapiers curettés (sus-claviculaires). Deux ligatures à la soie. Pansement sec. Sutures.

Réunion par première intention sans élévation de température.

Passée à la scarlatine le 12 janvier 1894.

Rentrée en chirurgie, 1^{er} mars. Etat général bon.

Le 12 mars, nouvelle opération. Incision parallèle à la mâchoire ne rejoignant pas tout à fait le sterno-mastoïdien. Ablation du ganglion sous-maxillaire droit laissé lors de la première intervention. Il est suppuré, adhérent à la peau, se vide en partie pendant qu'on fait le nettoyage du champ opératoire. La peau adhérente est circonscrite.

Dissection du ganglion situé entre l'extrémité inférieure de la parotide, la glande sous-maxillaire, le bord antérieur du sterno-mastoïdien. La veine jugulaire externe est disséquée sur une partie de son trajet sans être ouverte. Drainage. Sutures.

Réunion par première intention le 19 mars 1894.

Sort entièrement guérie le 19 avril 1894.

Cette malade n'a pu être retrouvée à l'adresse qui a été donnée par elle.

XXX. — S..., Eugène, 14 ans 1/2.

Adénopathie tuberculeuse cervicale droite suppurée.

AH. — Père mort. Mère et autres enfants bien portants.

AP. — Rien à noter.

Entré à Trousseau le 28 octobre 1892. — Les ganglions sont apparus il y a deux mois, occasionnant peu à peu du gonflement et de la douleur dans les mouvements de la région sterno-mastoïdienne droite. Il existe un gros paquet à la partie moyenne du sterno-mastoïdien au-dessous de lui, le débordant en avant et un peu en arrière. La partie inférieure est fluctuante.

Opéré le 31 octobre 1892. — Incision de 5 c. sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Deux ganglions très volumineux sont enlevés. Petit foyer purulent. *Veine jugulaire interne mise à nu et disséquée* sur une certaine étendue. Chlorure de zinc. Drain. Sutures.

4 novembre 1892. — Pansement imbibé, renouvelé. Plaie en parfait état.

7 novembre. — Ablation des fils et du drain. Réunion par première intention.

13 novembre. Sort entièrement guéri.

Ce malade n'a pu être retrouvé.

XXXI. — Alida P..., 16 ans 1/2.

Adénopathie tuberculeuse unilatérale non suppurée cervicale.

Antécédents. Rien à noter.

Pas de gourme. Ganglions cervicaux depuis trois ans. Rien ailleurs.

Entrée le 7 mai 1892 à Bichat. Gros paquet carotidien supérieur non suppuré. Quelques petits ganglions dans le creux sus-claviculaire.

9 mai 1892. Opérée par M. Broca. Incision devant le sterno-mastoïdien. Décortication difficile en haut. Adhérences. Ablation aux ciseaux et à la sonde cannelée. Incision de 12 cent. Extraction des ganglions sus-claviculaires. *La jugulaire interne a été disséquée sur toute la lon-*

gueur de la plaie. En haut, il reste un débris de ganglion non enlevé.
Chlorure de zinc Drain. Sutures.

Sort le 16. Réunion parfaite.

Revue quelques jours après sans fistule.

XXXII. — C..., Louis, 20 ans, typographe

Adénopathie tuberculeuse sous-maxillaire gauche suppurée.

Adénite sous-maxillaire du volume d'un œuf de pigeon, suppurée.

Peau adhérente.

Opéré à Bichat, par M. Broca, le 26 juin 1890. Incision, curettage, puis décortication de la coque ganglionnaire et extirpation d'autres ganglions plus profonds dans la gaine de la glande sous-maxillaire. Section de l'*artère faciale*. Drain. Sutures.

Pansement le 2 juillet. Apyrexie. Enlevé drain. Réunion.

Sorti le 5 juillet, guéri, sans fistule.

XXXIII. — F..., 18 ans, blanchisseur.

Adénopathie tuberculeuse carotidienne droite.

AP. — Plusieurs bronchites de 4 à 6 ans. Scarlatine à 10 ans. Bronchite à 18 ans avec pleurésie gauche. En octobre 1890, tumeur grosse comme une noisette en arrière de la grande corne de l'os hyoïde. Accroissement lent, élancements douloureux dans l'oreille.

Entré à Bichat le 6 novembre 1890. La tumeur présente le volume d'un gros œuf de poule et fait saillie du côté du pharynx sans déterminer de troubles dans la respiration ni la déglutition. Peau normale.

Matité dans tout le poumon gauche; quelques frottements pleuraux à la base. Tousse un peu; ne crache pas. Pas d'hémoptysie. A maigri depuis 3 mois.

Opéré par M. Broca le 11 novembre 1890. Incision parallèle au sterno-mastoïdien. Le ganglion non adhérent se rompt pendant la décortication. Dans le fond de la plaie on voit *les deux carotides et le tronc thyro-lingo-facial*. Une branche artérielle, la *thyroïdienne supérieure* probablement, est sectionnée.

Ligature. Petit drain. Sutures.

Drain enlevé au 5^e jour. Au 8^e jour, cicatrisation parfaite.

XXXIV. — Marie K..., 17 ans.

Adénopathie tuberculeuse de l'aisselle

Depuis sa première enfance, adénopathie cervicale. Deux abcès au cou incisés et guéris:

Ganglion axillaire depuis un mois, d'abord douloureux puis indolents.

Micro-adénopathie cervicale. Rien d'autre à noter d'intéressant.

Opérée à Bichat, le 30 avril 1892, par M. Broca.

Incision verticale sur la paroi thoracique. Énucléation des ganglions les uns après les autres, sans les crever, avec le doigt et les ciseaux courbes. Toute l'aisselle est pleine, depuis sa limite inférieure jusque sous la coracoïde, de ganglions dont les plus gros sont comme un petit œuf, les plus petits comme des noisettes, *tout le long de la veine axillaire*. Drains Sutures.

Sort le 8 mai après le premier pansement. Revue 8 jours après entièrement guérie.

NERFS

La région cervicale est traversée par des nerfs importants qu'il faut avoir soin d'éviter soigneusement et dont la lésion pour certains aurait des conséquences fatales.

Nous n'avons jamais vu personnellement la section ou la blessure mortelle, de nerfs importants, mais Trendelenburg coupa un récurrent. Poulet (1) blessa sans doute l'anse de l'hypoglosse qu'il retrouva à l'autopsie « sectionné ou détruit car ses deux extrémités baignaient dans l'ichor gangréneux. »

Milton (2), dans ses mille cas d'extirpation, dit que dans très peu de cas sur 100 le pneumogastrique est exposé et dans de tels cas le plus grand soin doit être pris pour éviter de le détériorer. La division de ce nerf est apparemment fatale et il rapporte une observation de ce genre.

Cas III de son travail. Femme de 23 ans. A été opérée six mois auparavant, mais l'intervention, d'après ses renseignements, a dû être partielle, car la tumeur était encore apparente après les pansements. Depuis, les ganglions ont continué à augmenter pour présenter une longueur de 7 à 10 c. sur 6 de largeur. Ils sont situés en avant, en arrière et au dessus du

(1) Poulet Soc. chirurg., 84, page 170.

(2) Milton. Loc. cit.

sterno-mastoïdien, avec adhérence à la peau le long de la ligne cicatricielle, mais mobiles sur les plans profonds.

Après incision on s'aperçoit que les glandes sont adhérentes intimement entre elles avec impossibilité de faire leur extraction séparément. Une dissection exploratrice au dessous de la masse montre que cette surface est libre et on décide d'enlever le paquet d'une seule pièce. La dissection commence : à la partie la plus élevée, après quelques coups de scalpel, une hémorrhagie abondante se produit. Ligature du vaisseau qui fut pris pour une artère musculaire ou la thyroïdienne supérieure.

Peu de temps après une veine qui accompagnait l'artère fut liée et sectionnée. La tumeur fut alors en entier enlevée sans beaucoup de difficultés. Sutures.

On put espérer que le pneumogastrique avait échappé à l'opération. Cependant on mit la malade en salle spéciale.

Vingt minutes après l'opération, pouls 106. Respir. 17, face pâle non cyanosée. Pupilles égales, dilatées.

Quarante minutes après, l'effet du chloroforme passé, la malade semblait dans son état normal. Pouls 120. Resp. 14. Pupilles semblables.

Une heure après. Pouls 140. Resp. 11. Pupilles semblables.

Depuis ce moment jusqu'à cinq heures après l'opération, le pouls resta le même, la respiration variant entre 7 et 10 par minute. La face devient alors plus cyanosée, la patiente s'agitait, se plaignant du manque d'air. A l'examen des poumons rien n'était anormal.

En dernier lieu, on fit la trachéotomie avec respiration artificielle, injections d'éther.

Le pouls devint si rapide qu'il fut incomptable. Respiration cessait entièrement quand on ne la faisait pas artificiellement.

Mort 14 heures après l'opération.

L'autopsie ne fut pas permise, mais il fut évident que le *pneumo gastrique* avait été coupé et que l'artère qui, au début de l'opération, avait donné une forte hémorrhagie, était la *carotide*

diminuée de volume par suite de son enclavement dans la tumeur.

Nous avons rapporté cette observation très intéressante, quoique non suivie d'autopsie, pour montrer quelle imprudence il y a d'enlever un gros paquet de glandes agglomérées et de traiter cette masse comme on ferait d'une tumeur énucléable sans voir exactement les connexions de cette tumeur avec les organes qui l'englobent. D'autres nerfs moins importants au point de vue vital sont parfois lésés dans l'extirpation des ganglions lymphatiques.

Dans la dissection des ganglions situés sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien la branche externe du spinal peut être coupée. Milton dit que s'il est nécessaire de la diviser on peut le faire sans appréhension. Il l'a coupée dans plus de cinquante cas et quoiqu'il ait cherché les symptômes de sa division il n'en a point trouvé.

En voici une observation.

Cas II (Milton). Femme, 29 ans. Souffre depuis trois ans d'adénopathie cervicale bilatérale et axillaire droite. Santé générale bonne. A droite, dans la région cervicale, masse de la grosseur du poing sans suppuration. Incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien s'arrêtant à 4 c. du sternum. De la base de celle-ci une incision part jusqu'au 1/3 externe de la clavicule.

Veine jugulaire externe divisée et liée. Glandes superficielles aisément enlevées. Afin d'atteindre les profondes on doit rétracter fortement le sterno-mastoïd et en diviser quelques fibres. Il fut alors évident que la masse entourait entièrement les vaisseaux carotidiens et le nerf pneumo gastrique. Les glandes composantes furent soigneusement séparées jusqu'à ce que la gaine des vaisseaux fût ouverte. Artères, veines, nerfs, pneumogastrique furent séparés de la tumeur avec de grandes précautions. Phrénique mis de côté. La branche externe du spinal fut divisée avec intention et après deux heures et demie de dissection la masse entière fut retirée. Il fallut la disséquer d'avec la parotide en haut et le sommet du poulmon en bas. Sutures. Drain.

Six jours après, guérison.

Vingt jours après on opéra l'autre côté. Quinze jours après l'aisselle. La malade quitta l'hôpital entièrement guérie.

D'après Milton, les opérations de ce genre forment 3 à 4 % du nombre total.

Ce qui est moins rare sans être très fréquent c'est la section des branches destinées à l'innervation musculaire, ce qui peut entraîner des paralysies la plupart du temps *passagères*. Ne sont-elles ainsi que parce que les filets ont été seulement tiraillés ou parce qu'une suppléance s'est faite. Nous ne saurions le dire car on peut couper de petits filets sans les voir. Dans une observation de Larrey plusieurs cordons du facial ont été détruits.

Sur un total de 48 extirpations pratiquées à Vienne, Fränkel a signalé 18 fois la paralysie faciale consécutive, localisée plus souvent aux rameaux de la lèvre inférieure, et 6 fois cette paralysie fut définitive. Quatre fois seulement pareil accident est noté dans les 104 observations de Lücke, de Strasbourg, et chez deux malades il fut essentiellement passager.

Le chiffre de Fränkel nous semble bien élevé et, sur les 95 observations que nous rapportons, nous n'avons observé que quatre paralysies passagères ; une sur laquelle nous n'avons pas de renseignements ultérieurs ; et enfin une sixième dont nous allons parler spécialement. Milton avait déjà signalé que la dissection porte très près du sympathique mais sans rapporter de lésion de ce nerf. La malade qui fait le sujet de notre observation XXXV présente des troubles dus certainement à la lésion du sympathique et en même temps une anesthésie du moignon de l'épaule.

Enfin, dans le cas de l'observation XXXVI, l'enfant se plaint d'une douleur semblable à celle d'une piqûre répondant à la commissure droite. Peut-être dans ce dernier cas peut-on attribuer cette douleur consécutive à de la névrite (théorie de Poncet).

XXXV. — Clotilde B..... 18 ans.

Adénopathie tuberculeuse cervicale gauche avec fistule. Gommès multiples. Tumeur blanche du coude.

AH. — Mère morte (d'abcès multiples au niveau des articulations ayant suppuré pendant plusieurs années ; est restée pendant 13 ans impotente). Père bien portant. Un frère bien portant. Quatre cousins germains morts de méningite : un actuellement traité pour tumeur blanche du coude. Une sœur ayant eu une coxalgie et morte très probablement de méningite.

AP. — Bonne santé habituelle, a habité la campagne jusqu'en 1891.

Entrée à Trousseau le 9 mai 1894. A son entrée présente des ulcérations tuberculeuses de la peau, à la face dorsale de l'avant-bras gauche et de la main. A la face interne de l'avant-bras droit, gomme cutanée en voie de cicatrisation. Au niveau du coude gauche empatement léger ; point douloureux olécranien ; mouvements douloureux ; tumeur blanche.

Région cervicale gauche : un ganglion à l'angle de la mâchoire. Il a été ouvert au bistouri il y a 6 mois. Il était alors suppuré et gros comme un œuf. Depuis il persiste une fistule d'où s'écoule un peu de pus par un orifice infundibuliforme.

Lipome de la région cervicale médiane postérieure. Elle dit qu'il existe depuis sa naissance.

Etat général bon.

16 mai, Ablation par M. le professeur Lannelongue du lipome qui mesure 12 centim. de long sur 6 de large.

15 juin. Les gommès qui semblaient en voie de cicatrisation se sont ulcérées. Les ganglions du cou ont augmenté en proportion considérable dans la région cervicale gauche. Ils descendent le long du sterno-mastoïdien, formant un paquet gros comme un œuf de poule, au-dessous de l'angle de la mâchoire.

12 juillet, tumeur blanche traitée par injections de chlorure de zinc.

24 juillet, opérée par M. le Dr Broca de son adénopathie cervicale.

Il y avait un gros abcès qui fut disséqué ainsi que les ganglions voisins adhérents. Toute la région sterno-matoïdienne postérieure étant infiltrée il faut, pour y arriver, *couper en partie le sterno-mastoïdien*. Une gangue entourant les organes vasculo-nerveux intimement unie à la carotide, à la *jugulaire interne*, et formant une sorte d'infiltration diffuse s'étendant en arrière jusqu'à la colonne vertébrale, put être disséquée, enlevée entièrement. Sutures. Réunion par première intention.

Revue le 15 janvier 1895. La malade a un état général excellent ; facies de bonne santé. Aspect d'une fille de 25 ans. Est toujours en traitement pour sa tumeur blanche qui va plutôt mieux.

La cicatrice un peu chéloïdienne et encore rouge tend plutôt à diminuer. Nul ganglion perceptible dans cette région ni ailleurs.

Présente des phénomènes nerveux intéressants. Depuis son opération l'œil gauche est légèrement en retrait et paraît plus petit que le droit. Rien du côté des paupières. La tension des milieux de l'œil est égale de chaque côté. La pupille gauche présente du myosis et un diamètre moitié moindre que celui de la droite quand elle regarde la lumière du jour sans exposition au soleil. Elle ne se dilate que très peu dans l'obscurité, mais n'est pas arrivée à son maximum de contraction, car sous l'influence de la lumière d'une lampe on peut la voir se resserrer davantage. Acuité visuelle égale des deux côtés.

Depuis son opération aussi il existe une insensibilité complète aux piqures dans l'aire du triangle sus-claviculaire et dans la partie supérieure du moignon de l'épaule. Pas de troubles musculaires ni d'autres troubles nerveux.

Une branche du sympathique a dû être intéressée dans la dissection des ganglions.

XXXVI. — Lucien L., 10 ans.

*Adénopathie tuberculeuse sous-maxillaire droite suppurée
avec deux fistules*

AH. — Père a eu l'influenza. Depuis sujet aux bronchites. Pas d'hémoptysie. Mère bien portante.

AP. — Rougeole à 5 ans. Il y a deux ans début des ganglions de la région sous-maxillaire. Ouverture spontanée fin mai 1894.

Entré le 16 juin 1894 à Trousseau. Il existe dans la région sous-maxillaire droite deux fistules entourées de tissus violacés et fongueux. Au-dessous sont des ganglions du volume d'une noix.

Opéré le 17 juin 1894. Incision elliptique autour des masses fongueuses larges de 1 cent. 1/2. La masse ganglionnaire est contre le maxillaire inférieur.

L'artère et la veine faciales sont ménagées. En avant, paquet volumineux à la face externe de la glande sous-maxillaire qui en englobe la moitié.

A ce moment, pendant la dissection, la veine faciale est coupée. On constate ensuite un gros ganglion sterno-mastoidien supérieur situé à la face externe de la jugulaire qui est disséquée aux ciseaux sur une longueur de 4 cent. au niveau du tronc thyro-linguo-facial. Petits ganglions souples derrière la jugulaire. Chlorure de zinc. Drain. Sutures.

Sort guéri le 26 juillet 1894.

Revu le 5 novembre 1894. — Cicatrisation complète, sauf un point superficiel à l'angle du maxillaire. Elle mesure 9 cent., légèrement che-

loïdienne au-dessous du maxillaire où elle est adhérente. Mouvements du cou sont complets. Quand on appuie sur la cicatrice au point où elle semble adhérer au bord inférieur du maxillaire, l'enfant se plaint d'une douleur, comme celle d'une piqûre, répondant à la commissure droite. Un peu de paralysie de l'*orbiculaire inférieur*. Nul ganglion dans cette région.

Rien d'autre à noter.

XXXVII. — Marguerite W..., 6 ans et demi.

Adénopathie, tuberculeuse cervicale gauche suppurée non ouverte.

AH. — Parents, frère, sœur, en bonne santé.

AP. — Bien portante en général, quoique de constitution faible. A eu, il y a quatre ans, une bronchite à la suite de laquelle on constata une différence de volume dans la région cervicale gauche. La tumeur placée derrière et au-dessous de l'oreille ne grossit pas d'une manière très appréciable si ce n'est à partir de février 1894. Elle commença à empiéter sur la région sous-maxillaire.

Consulte à Trousseau le 9 mars 1894. Il existe dans la région sous-maxillaire gauche un ganglion gros comme un œuf de poule. La peau est mobile sur lui, sa surface est lobulée et l'on sent d'autres ganglions dans le voisinage. La tumeur, un peu douloureuse à la pression, est indolente par elle-même. On n'y sent pas de point fluctuant. Elle est plutôt dure. Traitée depuis longtemps par huile de foie de morue. Opérée le 10 mars 1894. Incision commençant à la région sous-maxillaire et remontant jusque derrière l'oreille. Le ganglion inférieur est suppuré et très superficiel, de sorte qu'en incisant le plan sous-cutané on tombe dans la poche purulente. D'autres ganglions occupent la région sterno-mastoïdienne. La jugulaire interne est disséquée, mise à nu sur une longueur de cinq centimètres. Dissection de toute la région sous-maxillaire, dissection de la carotide externe. L'artère linguale est coupée à son origine. Ligature. Drain. Sutures.

16 mars. Réunion par première intention. Drain bouché par un caillot. Un peu d'écoulement puriforme. *Paralysie faciale* inférieure.

25 avril. Guérison complète. Plus de paralysie.

Revue le 2 novembre 1894. Cicatrice blanche, linéaire, de neuf centimètres de long, parfaitement souple. Dans la profondeur de la région carotidienne, on sent quelques ganglions minuscules, mobiles, lisses, indolents, ainsi que de l'autre côté et dans le creux sus-claviculaire, sans tendance à l'accroissement. Etat général excellent. Depuis l'opération, engraisse, reprend des forces, mange bien. Auparavant elle maigrissait, pâlissait, n'avait pas d'appétit. Pas de paralysie faciale.

XXXVIII. — C..., Auguste, 13 ans.

Adénopathie cervicale droite suppurée fistuleuse.

AH. — Père mort de tuberculose pulmonaire.

AP. — Rougeole dans l'enfance. A cinq ans, début de l'adénopathie qui, à la suite d'un traumatisme, augmenta et s'ouvrit spontanément. L'abcès se referma et s'ouvrit de nouveau.

Entre à Trousseau le 15 décembre 1893, il existe un paquet ganglionnaire lobulé occupant la région parotidienne au devant de l'oreille descendant jusqu'à l'angle de la mâchoire, ayant encore la grosseur de trois noix. Une cicatrice en croissant de la région prætragienne à l'angle du maxillaire. Une fistule en avant du conduit. Les autres ganglions sont mobiles non suppurés. Opéré 18 décembre 1893. Incision verticale de 10 cent. au devant de l'oreille. Extirpation de ganglions qui sont situés tous au milieu de la parotide. La jugulaire est coupée et liée. En tout neuf ganglions dont quatre gros. Réunion sans drain.

25 décembre. — Fils enlevés. Réunion par première intention.

Sort le 28 décembre avec une paralysie faciale incomplète.

Revient le 2 janvier 1894 avec une désunion totale de la cicatrice. Pansement deux fois par semaine.

Fin février 1894. Revu à la consultation où il vient demander huile de foie de morue; n'a plus de paralysie faciale. Etat de la cicatrice bon.

Revu fin novembre 1894. — Cicatrice diminue. Un peu surélevée au-dessus des tissus, mais sans tendance à la chéloïde. Blanche presque dans toute sa longueur. N'a pas de paralysie faciale.

Il y a un ganglion sterno-mastoidien gauche suppuré qui existait au moment de l'opération. Il est gros comme une amande.

Rien du côté opéré ni ailleurs.

Ne tousse pas. Etat général bien meilleur depuis qu'il est opéré.

Un peu sourd de l'oreille droite depuis cette époque. Pas d'écoulement d'oreille. N'en a jamais eu. N'entend la montre qu'à 10 centim. L'ouïe revient peu à peu.

XXXIX. — Emma M..., 27 ans.

Entre à Bichat, le 16 décembre 1891. Etat général strumeux. Début de l'adénite il y a huit ans. Elle a disparu plusieurs fois pour reparaître. Les ganglions ont augmenté depuis six mois pour devenir douloureux d'une façon constante.

Gonflement de la région sous-maxillaire gauche. On sent un ganglion du volume d'une grosse noisette roulant sous le doigt, ramolli. En

Manson. 6.

arrière au niveau du sterno-mastoïdien, un autre ganglion plus étalé, moins mobile, semble adhérent.

Opérée par M. Broca, le 20 décembre 1891. Incision de 2 centim. 1/2 dans la région sous-maxillaire sur le ganglion mobile qui est facilement extrait. Sutures. Il était caséeux.

Seconde incision derrière le sterno-mastoïdien. On tombe sur un ganglion adhérent de tous côtés qui peut être enlevé partie avec la curette, partie aux ciseaux. Par la même incision, on enlève trois ganglions plus petits. Chlorure de zinc. Sutures.

Le soir de l'opération 37°4. Vomissements. La malade se plaint d'un léger mal de gorge et a *un peu d'angine*.

21 décembre, matin 37°6, soir 37°8. Pansement imbibé, changé. 22 et jours suivants, température normale.

Sort le 30 décembre. Réunion parfaite. A un peu de paralysie de la branche cervico-faciale. Venue ensuite se faire électriser. La déviation de la commissure a peu à peu diminué.

Revue à diverses reprises ; cicatrisation parfaite.

XL. — Robert G..., 5 ans.

Ganglions sterno-mastoïdiens supérieurs, suppurés à gauche

Fistule en avant de l'oreille et à l'angle de la mâchoire.

Gomme tuberculeuse de la joue.

Opéré le 4 juillet 1893 à Trousseau. Ganglions intra-parotidiens.

10 juillet, a une légère paralysie faciale.

Sort le 12 juillet avec cicatrisation incomplètement achevée.

POUMON ET PLÈVRE

Ce chapitre contiendra peu d'observations. Nous avons cité plus haut un cas de Milton dans lequel les ganglions durent être disséqués d'avec le sommet du poumon.

Le même auteur nous dit que dans trois cas seulement la dissection atteignit le sommet du poumon, des soins ayant été pris pour éviter de le blesser. Dans un cas très remarquable l'extrême pointe de cet organe fut enlevée avec une masse caséuse qui y était située, ainsi que la plèvre qui lui était adhérente.

Nous n'en connaissons nulle autre observation et n'en avons pas de personnelle.

ADHÉRENCE AUX GLANDES SALIVAIRES

Les ganglions sont très souvent situés dans l'intimité de la parotide et il faut les disséquer d'avec la glande en coupant souvent le tissu glandulaire lui-même. Ceci peut donner lieu à des fistules ultérieures mais nous n'en avons jamais observé. Dans nos observations on a souvent agi comme nous venons de le dire, mais si souvent qu'il nous semble inutile de les citer spécialement. On les trouvera disséminées dans tout ce travail.

Milton attire l'attention sur ce fait que la glande sous-maxillaire ou la pointe de la parotide sont parfois prises pour du tissu ganglionnaire. La différence entre la surface unie du ganglion et la face lobulée de la glande est très facile à établir.

Neve publie aussi quelques observations de ce genre.

Nous n'en rapporterons qu'une parce qu'elle fut seule suivie pendant quelque temps de fistule salivaire.

Neve (1). — Obs. X. Homme 16 ans. Masse de glandes indurées adhérentes, depuis la parotide droite jusqu'à la clavicule.

Enfoncées dans la parotide et adhérentes à la sous-maxillaire, aux vaisseaux carotidiens. Au niveau de la parotide, peau rouge, amincie. Deux incisions : sterno-mastoïdienne et sous-maxillaire. La totalité des glandes est enlevée, sauf celles qui sont sous le sterno-mastoïdien. Il faut diviser et récliner en haut et en bas ce muscle que l'on suture ensuite.

Au total 46 glandes enlevées. La plus grosse comme une orange. Le lendemain température normale.

(1) Neve. Amer. journ. of. med. sc. 1892, p. 625.

Réunion par première intention, excepté en un point sur la parotide. 29 jours d'hôpital.

Il exista à l'angle de la mâchoire une fistule salivaire qui mit fort peu de temps à guérir.

*
* *

Nous en avons fini avec les accidents et les dangers opératoires de l'extirpation, nous allons dire quelques mots des ganglions inguinaux et pelviens avant de parler des accidents consécutifs à l'extirpation.

DES GANGLIONS DE L'AINE

Nous avons cru devoir parler séparément des ganglions de cette région, car si les adhérences aux vaisseaux et leurs dangers sont les mêmes que partout ailleurs il y a quelques points spéciaux et en outre c'est une affection peu décrite dans les traités classiques et qui « par son siège, ses complications éventuelles, la gravité qu'elle revêt parfois, mérite toute l'attention » (Lejars).

Ils restent souvent stationnaires pendant longtemps, ne présentant de jour en jour que peu de différence, tantôt un peu plus de tension, tantôt quelques fourmillements légers, la peau ne montrant pas encore de changement ni dans sa mobilité, ni dans sa coloration. « Peu à peu on remarque pourtant que les tumeurs deviennent plus grosses, se rapprochent l'une de l'autre, perdent leur mobilité, tandis que la peau qui les recouvre devient bleuâtre, amincie. Pendant ce temps, on a observé dans la plupart des cas, des changements dans l'état général, de l'amaigrissement, des sueurs nocturnes, de l'inappétence.... Puis 6, 8 semaines se passent sans autre changement que la progression de la tumeur qui atteint la grosseur d'un œuf de poule, d'oie. Le malaise général et les troubles locaux augmentent. La peau livide, proéminente, s'ouvre spontanément, il survient des fistules, de la gangrène de certaines parties de la peau mettant à nu les ganglions. Grünfeld ne mentionne pas les troubles de la santé générale, d'autres auteurs en parlent encore moins. Geigel même dit que de telles tumeurs ne causent aucun trouble à la santé. Au contraire, fort de mon expérience, je me vois obligé de dire que les changements sus-indiqués dans l'état général se présentent assez régulièrement et qu'ils ne

sont pas du tout proportionnés aux manifestations locales, parfois encore minimes, tandis que les malades se rétablissent vite pendant la guérison déjà de la plaie opératoire et après surtout d'une façon surprenante. » (Klotz.) (1). Ces symptômes peuvent aussi se rapporter aux adénopathies des autres régions.

Quant à l'étiologie de ces adénopathies, il nous semble inutile d'y revenir, nous en avons parlé longuement plus haut.

Ces ganglions, comme ceux des autres régions, peuvent se présenter à des stades différents, hypertrophiés, suppurés ou fistuleux. Les premiers comme partout peuvent disparaître spontanément, les autres nécessitent une intervention. Ils peuvent remplir tout le triangle de Scarpa, s'engager dans le canal inguinal, remonter derrière l'arcade de Fallope, et c'est alors qu'il faut explorer la fosse iliaque, déprimer doucement la paroi abdominale, et on pourra sentir parfois les ganglions iliaques, gros, douloureux, durs ou déjà suppurés. C'est là que l'intervention opératoire se complique.

Quand il ne s'agit que des ganglions de l'aîne on opère dans une région où tout est à découvert. On peut être amené à lier la saphène, des artérioles peu importantes, à dénuder la veine ou l'artère fémorale : les dangers sont minimes puisqu'on les voit.

Lejars (2) fait cependant remarquer « qu'il existe une série de collatérales courtes et grosses qui, émanées directement de l'artère et de la veine, plongent dans les ganglions adjacents : Il en résulte, dit-il, un fait que j'ai observé bien souvent, c'est que, au moment de l'extirpation des ganglions, ces branches directes se trouvent sectionnées ou arrachées, et, comme leur brièveté est très grande, elles se rétractent, et figurent en réalité, par leur lumière, un véritable trou dans la paroi du gros vaisseau. Si vous ignorez ce fait, et si vous n'avez soin de pincer légèrement cet orifice en dégageant le petit bout de collatérale qui y est appendu, les mors de votre pince pourraient fort bien saisir la paroi même de la grosse artère ou de la grosse veine sur laquelle vous feriez une ligature

(1) Klotz. Berliner Klinisch. Vochenschrift, 10 fév. 1890.

(2) Presse médicale, 1894, page 164.

latérale. Sur un jeune homme que j'opérai l'an dernier à l'hôpital Necker, une pince fut ainsi appliquée; la paroi se rompit sous le fil et je me trouvai en présence d'une plaie latérale de l'artère fémorale; je la liai aussitôt au-dessous de l'arcade et le malade guérit sans le moindre incident. »

Lauenstein (1) en extirpant des bubons inflammatoires, ouvrit deux fois la veine fémorale : un malade mourut de pyohémie, l'autre guérit avec une oblitération du tronc veineux et d'un œdème persistant du membre inférieur.

Quand l'infection ganglionnaire a remonté plus haut vers l'artère iliaque, on s'expose à ouvrir le péritoine ou à disséquer dans une région plus dangeureuse. Il faut alors se donner du jour. Lejars recommande une longue incision parallèle à l'arcade et si elle ne suffit pas on y joint un trait vertical qui coupe l'arcade en son milieu quand la série ganglionnaire inguino-crurale est prise en totalité.

Quand il faut aller aux ganglions pelviens voici la technique que suit Sprengel (2) :

1° Incision longue sur les ganglions du groupe inguinal, habituellement malades. Extirpation des mêmes et libération des vaisseaux fémoraux jusqu'à l'arcade de Fallope;

2° Incision du ligament jusqu'aux vaisseaux pour libérer complètement la région et éviter les dangers.

3° Incision oblique le long de l'arcade et mise à nu du tissu sous-péritonéal.

4° Position haute du bassin.

5° Refoulement du péritoine.

6° Extirpation des ganglions, en prenant garde aux vaisseaux, jusqu'à la bifurcation de l'iliaque.

7° Tamponnement de la plaie et suture partielle.

Sprengel place avant tout la mise à nu soigneuse qu'il faut faire dans les régions dangereuses. « L'énucléation des ganglions, dit-il,

(1) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1893, page 573.

(2) Centralblatt für Chirurgie, page 1114, 17 novembre 1894.

se fait comme ailleurs. On est d'autant plus sûr de n'avoir pas de récédive dans la suite qu'on s'est donné la peine d'extirper la totalité des glandes malades. Si elles sont extraordinairement en rapport intime avec les vaisseaux et qu'une blessure de ces derniers soit à craindre, on ouvrira la capsule, on énucléera le contenu et on fera un tamponnement iodoformé.

Nous allons citer les deux observations de Sprengel, puis d'autres personnelles, dont une dans laquelle le péritoine fut ouvert et suturé sans inconvénients, l'autre dans laquelle M. Broca, suivant une technique analogue à celle de Sprengel et antérieurement à l'article de l'auteur allemand, extirpa, après refoulement du péritoine, deux gros ganglions accompagnés de trois petits le long des vaisseaux iliaques externes.

OBSERVATIONS DE SPRENGEL

I. — Clara, 4 ans, scrofuleuse. Inflammation des ganglions du cou. Dans la région inguinale droite, gros paquet de ganglions avec prolongement dans le bassin, très appréciable au-dessus de l'arcade de Fallope. Le 4 septembre 1893, opération. Découverte typique de la région inguinale par une incision large : de la fin de l'incision parallèlement à l'arcade, nouvelle incision et refoulement du péritoine. Extirpation d'un ganglion le long des vaisseaux iliaques. En un point, il y avait une adhérence telle d'un ganglion avec les vaisseaux qu'il dut inciser la capsule et faire sortir le contenu caséifié. L'incision longue fut totalement, et l'oblique partiellement suturée. Tamponnement jusque dans la profondeur de la plaie. Guérison sans fièvre et sans fistule. Plusieurs mois après la guérison de la plaie, la cicatrice était résistante. Pas de récédive apparente. État général excellent.

II. — D..., 10 ans, entrée le 4 décembre 1893. A ce moment il y a un gros paquet ganglionnaire dans la région inguinale gauche avec propagation aux ganglions pelviens du même côté. Les organes voisins paraissaient sains. Elle fut opérée le 6 décembre, comme la malade précédente. La guérison suivit un cours favorable.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

XLI. — Amédée R..., 5 ans 1/2.

*Adénopathie tuberculeuse de l'aine gauche avec fistule.
Petit lupus du genou gauche.*

AH. — Père, mère, sœurs bien portants.

AP. — A eu la rougeole vers le mois de septembre 1893.

On s'aperçut de la présence d'une grosseur dans l'aine gauche à la suite d'une petite écorchure (?), dit son père, au genou. Un mois après l'adénite fut incisée à Trousseau mais il persista une fistule laissant sourdre un peu de pus.

Entré à Trousseau le 12 décembre 1893. Au-devant la rotule gauche existe une lésion cutanée, large comme une pièce de 0,50 centimes, en tout semblable à un lupus. Dans l'aine est un ganglion crural gros comme une forte noix et fistuleux. De là s'étend une pléiade ganglionnaire dont le ganglion supérieur, également volumineux, est situé au-dessus de l'arcade de Fallope. Ces ganglions sont encore relativement mobiles.

14 décembre 1893. Extirpation du lupus en un fragment rectangulaire dépassant d'un demi-centimètre de tous côtés les limites du mal. Dans l'aine, incision verticale circonscrivant en bas la fistule, remontant franchement sur la paroi abdominale. Ablation des ganglions cruraux en disséquant *la veine saphène*. Le ganglion supérieur adhère : au cordon spermatique, *au péritoine*, à *l'artère iliaque*. Dissection aux ciseaux courbes : *le péritoine est ouvert*. Sutures à la soie en étage. Sutures superficielles au crin de Florence. Pansement à la gaze aseptique. Drain dans la partie inférieure. Le ganglion supérieur est gros comme une petite noix.

19 décembre. Drain enlevé. Réunion par première intention.

Au contraire la suture au niveau du genou a échoué ; une suppuration superficielle étant survenue, la cicatrisation complète en ce point n'eut lieu que le 25 janvier 1894.

Revu le 16 octobre 1894. Le lupus a laissé une cicatrice large de un centimètre en surface et un peu exubérante.

Au pli de l'aine la cicatrice est parfaite. Aucun point faible dans la paroi abdominale. Nul ganglion dans l'aine ni ailleurs.

Enfant bien portant, ne tousse pas.

XLII. — Georgette M..., 9 ans.

Adénopathies de l'aisselle droite, de l'aîne gauche, avec suppuration et fistule.

AH. — Mère bien portante. Père alcoolique, mort tuberculeux. Un enfant de huit mois mort de convulsions. Un de deux ans mort de méningite. Un garçon de 4 ans 1/2 a une tumeur blanche du coude suppurée. Deux filles de 17 et 22 ans bien portantes.

AP. — Pas de maladies antérieures.

Début de l'affection à l'aîne gauche en avril 1891. Evolution progressive, lente et sans douleurs, aboutissant à la suppuration quelques jours seulement avant l'entrée de l'enfant à Trousseau, le 26 avril 1893.

Début à l'aisselle droite en 1892. Marche plus rapide, la suppuration ayant suivi de très près l'apparition du ganglion.

Examen. On constate dans l'aîne gauche de nombreux ganglions indurés. Au-dessus du pli de l'aîne la peau est ulcérée. Une fistule s'est ouverte spontanément.

Au niveau du bord inférieur du grand pectoral droit on constate trois ganglions indurés. Une fistule est ouverte venant du ganglion le plus élevé.

Auscultation pulmonaire négative.

Opérée le 30 avril 1893. Aisselle droite. Incision de trois travers de doigt le long du bord intérieur du grand pectoral. Extirpation de trois ganglions, dont un suppuré. Suture. Drainage. Réunion par première intention. Le drain a été oublié et a disparu dans la plaie où il est resté pendant plusieurs semaines. Le drain est enlevé par une petite incision le 22 mai 1893, sans une goutte de pus.

Opérée pour l'aîne gauche 22 mai 1893. Incision perpendiculaire au pli de l'aîne, descendant à trois travers de doigt en dessous, remontant à deux au-dessus et débridement transversal. Incision de la peau et du trajet fistuleux. Extirpation de ganglions. Suture. Drainage. Réunion par première intention.

En septembre 1893, une nouvelle fistule s'ouvre dans cette ancienne plaie venant d'un ganglion suppuré. Il est extirpé le 3 septembre. Réunion par première intention.

Rentre à Trousseau le 24 mai 1894. — Il existe de petits ganglions, durs, roulant sous le doigt, indolores, dans les deux aisselles et les régions sus-claviculaires.

Dans l'aisselle droite, au-dessus de la cicatrice, il y a un paquet assez volumineux. Sous la cicatrice, rien.

Opérée le 28 mai 1894. Le ganglion inférieur est suppuré et forme une vaste poche adhérente au grand dorsal, au grand pectoral, à la veine axillaire, en avant de laquelle il se prolonge jusqu'au sommet du

creux de l'aisselle. Ligature sur l'embouchure d'une collatérale de l'axillaire. Drain. Chlorure de zinc. Sutures.

7 juin. Guérison.

Dans l'aîne droite il y a un ganglion superficiel, comme une cerise, et au-dessus un volumineux situé dans la fosse iliaque, derrière l'arcade de Fallope, le long de l'artère.

Opérée le 16 juin 1894. — Incision parallèle à l'arcade crurale. Ablation du ganglion superficiel. On pénètre dans la fosse iliaque en décollant le péritoine. On trouve le long des vaisseaux iliaques externes deux gros ganglions accompagnés de trois petits. Extirpation. Ni drainage, ni chlorure de zinc. Sutures.

23 juin. Réunion complète. Sort guérie le 1^{er} juillet.

Revue le 18 octobre 1894. Très bien portante. Ne tousse pas. Cicatrices anciennes blanches, sans tendances à la chéloïde. Nul ganglion perceptible dans aucune région.

XLIII. — S., 8 ans 1/2.

Adénopathies tuberculeuses multiples suppurées, fistuleuses.

AH. — Mère morte de tuberculose pulmonaire.

AP. — A l'âge de un an, abcès froid au niveau du coude droit.

A trois ans, les adénopathies ont commencé :

I. — Inguinales et crurales gauches, qui ont suppuré jusqu'en 1893. Depuis il reste une fistulette.

II. — Dans l'aîne droite, avec alternatives d'amélioration et de récédive. Otorrhée droite à un an.

Opéré du genou en 1890, à Trousseau. Cause ?

Etat actuel : Vaste paquet ganglionnaire dans l'aîne droite : ganglions enflammés et suppurés. On en sent 6 ou 7 reposant sur une base indurée, adhérente, avec trois fistules. En outre, à la palpation profonde, ganglions dans la fosse iliaque.

Enfin, adénite axillaire droite, non suppurée, datant de février 1893. Opéré 6 mai 1894. Incision elliptique, verticale, autour des ganglions cruraux, facilement disséquables en rompant la saphène. Tissu lardacé les séparant des vaisseaux fémoraux. Incision elliptique horizontale. Extirpation de ganglions inguinaux superficiels puis ganglions profonds, dont un est crevé, et enlevé. On arrive à l'artère iliaque externe dénudée à bout de doigt. Un gros paquet de ganglions non suppurés, assez souples, plongeant dans le bassin, en dedans de la veine, sont extirpés. Trois drains, dont deux dans la fosse iliaque. Un le long de la cuisse. Sutures. Les incisions ont la forme d'un T. Un a suppuré par les drains. Réunion.

Nous avons eu de ses nouvelles en 1894 par M^{lle} Bouët, interne à

Berck. Le genou droit et le coude portent des cicatrices : les articulations sont saines. Etat général entièrement satisfaisant ; poumons sains. Les cicatrices sont très chéloïdiennes. Les deux grandes lignes horizontales et verticales forment les chéloïdes principales, et chaque point de suture a formé sur elles une ramification chéloïdienne. Nul ganglion dans la région opérée. A gauche, où l'on n'est pas intervenu, il y a deux ou trois petits ganglions adhérents à la peau. Dans l'aisselle pas de ganglions.

XLIV. — Francine B..., 6 ans.

Adénopathie de l'aine, suppurée, fistuleuse.

AH. — Nuls.

AP. — Depuis cinq mois, adénopathie inguinale. Un ganglion sternomastoïdien supérieur.

Entre à Trousseau le 29 août 1894. E. A. Ganglion préauriculaire droit gros comme une amande, non douloureux, adhère à la peau rouge et fistuleuse.

Ganglion crural situé en avant de la veine fémorale, comme une grosse noix, très dur, adhérent à la peau rouge, ulcérée, un peu douloureux. Quelques autres petits ganglions dans le voisinage.

7 septembre, extirpation. 13 septembre, ablation des fils.

25 septembre, petit grattage d'un point non réuni.

Guérie 28 septembre.

XLV. — Marcel C ..., 3 ans 1/2.

Adénopathie de l'aine avec fistules

Depuis le début de 1893, la mère s'aperçut que l'enfant portait une grosseur dans l'aine droite, du volume d'une petite noix. Elle augmenta. Un médecin l'incisa, et plus tard il se fit une ouverture spontanée au-dessus de la première. Les deux fistules datent de juillet 1893.

Entré à Trousseau en novembre 1893. Au-dessous des fistules on sent des ganglions assez volumineux.

Opéré 18 novembre 1893. Incision parallèle au pli de l'aine. Extirpation.

Les ganglions suppurés ne sont pas adhérents. Sutures.

L'enfant est à la campagne. La mère nous dit qu'il va bien localement, mais que des ganglions cervicaux ont apparu après une rougeole en novembre 1894.

XLVI. — Azg., 27 ans, cocher.

Adénopathie tuberculeuse inguinale suppurée, gauche.

AH. — Bons.

AP. — Bons.

Hernie inguinale et bandage défectueux. Depuis 25 jours, ganglion de la région inguinale qui augmente peu à peu et devient douloureux, gros à son entrée (12 juin 1891) comme un demi-œuf de poule. Peau violacée, adhérente sur presque toute l'étendue. Tumeur dure sans fluctuation nette, en dehors de l'anneau inguinal, parallèle à l'arcade et à cheval sur elle.

13 juin 1891. Opéré à Bichat par M. Broca. Peau adhérente, difficilement décollable. Pendant la dissection, ouverture de plus petits abcès caséeux. Masse du volume d'une mandarine. Adhérence en bas aux *vaisseaux fémoraux* dont on l'isole cependant assez facilement. *Saphène englobée* dans la tumeur, coupée et liée près de son enbouchure. Suture de la peau dans toute son étendue. Drain inférieur. Compréhension énergique.

19 juin. Réunion par première intention. Deux petits points de sphacèle à la peau.

29 juin. Sort entièrement guéri.

XLVII. — Henri L..., 8 ans 1/2.

Ganglion tuberculeux suppuré fistuleux de l'aine droite.

AH. — Parents bien portants. Un frère de 17 ans (paralysie infantile ?) un frère mort de méningite. Une sœur a bronchite chronique.

AP. — Pas de maladies de l'enfance. A cinq ans, tuberculose du 5^e métatarsien droit et spina ventosa de l'annulaire gauche. Ce dernier ne fut pas opéré mais le métatarsien fut traité à Lariboisière en juillet 1889, jusqu'en 1891, époque à laquelle il fut envoyé à Berck. A son retour (septembre 1892), la suppuration avait cessé.

L'adénopathie de l'aine droite date aussi de l'âge de 5 ans. Il y eut ouverture spontanée avec suppuration. En septembre 1892, la fistule était fermée. Depuis elle se rouvrit. Quand il vient consulter à Trousseau, en mars 1893, elle est de nouveau fermée.

Opéré le 31 mars 1893. Extirpation d'un ganglion suppuré de l'aine. Réunion. Guérison rapide.

Revu en novembre 1894. Dans la région opérée, cicatrice blanche sans trace de ganglions au dessous.

Spina ventosa guéri de la première phalange de l'annulaire gauche. Petit lupus sur la face dorsale du cinquième métacarpien gauche.

Cicatrice adhérente à l'extrémité supérieure du cubitus, et à l'avant-bras deux cicatrices d'abcès tuberculeux superficiels, et d'un ganglion tuberculeux épitrochléen.

Au pied droit, cicatrice adhérente à l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien.

En traitement pour bronchite chronique. On trouve à l'auscultation une respiration rude avec souffle en arrière au sommet gauche. En avant, respiration soufflante au sommet droit. Pas de râles.

XLVIII — Louis B. . . , 3 ans 1/2.

Adénopathie tuberculeuse de l'aine droite avec fistule

AH. — Père, mère bien portants. Sœur morte de méningite à 15 mois.

AP. — Bons.

En octobre 1893 la mère aperçut dans l'aine une grosseur du volume d'une noisette, en même temps, dit-elle, qu'un furoncle à la cuisse. Mit pommade (?) localement. La grosseur augmentant et devenant comme une noix, on le conduit à Trousseau.

Etat général excellent. Localement adénite inguinale droite à grand axe horizontal ; ganglion externe. Petite fistule.

16 décembre 1893. Opération. Incision verticale, extirpation aux ciseaux courbes. Réunion sans drainage.

Les jours suivants, température. La suppuration nécessite l'ablation des fils et un pansement humide, sous l'influence duquel la plaie va rapidement bien.

La guérison n'a lieu néanmoins qu'en six semaines.

Revu le 12 octobre 1894. Enfant anémique et lymphatique.

Ne tousse pas. Localement cicatrisation sans chéloïde. Aucun autre ganglion dans aucune région.

XLIX. — S. . . , Paul, 3 ans 1/2.

Adénopathies tuberculeuses de l'aine droite non suppurée.

AH. — Père et mère bien portants.

AP. — Pas de maladies antérieures. Les ganglions ont apparu vers le mois de mars 1893 en augmentant progressivement et occasionnant peu à peu la gêne pendant la marche. Ils occupent l'aine droite, sont volumineux, débordant l'arcade de Fallope au-dessus et en-dessous.

Opéré à Trousseau, le 16 novembre 1893. Incision parallèle au pli de l'aine. Enucléation aux ciseaux de nombreux ganglions dont l'un surtout est volumineux. Réunion sans drainage.

23 novembre. Ablation des fils. Bon état.

3 décembre. Sort guéri.

Revu le 4 novembre 1894. Enfant très bien portant, gros. Ne tousse pas. Cicatrice blanche. Nul ganglion dans la région ni ailleurs.

DE QUELQUES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A L'EXTIRPATION

ANGINE

Nous avons vu les dangers et les accidents opératoires et nous avons été obligé à ce moment, pour la clarté de l'exposé, de parler des hémorrhagies secondaires, des paralysies, du torticolis, nous n'y reviendrons pas. Il nous reste à signaler quelques points intéressants qui peuvent suivre de plusieurs jours ou de plusieurs semaines l'intervention chirurgicale.

L'angine qui peut se montrer à la suite de l'extirpation des ganglions du cou paraît peu fréquente et nous ne la trouvons pas signalée avant la thèse de Binet. Nous n'avons que deux observations (1) qui puissent être classées dans cette catégorie, mais Binet en rapporte trois cas dus à M. Lejars, qui l'a observée assez souvent pour penser que ce n'est pas une coïncidence fortuite.

Etant donné qu'on ne peut émettre que les hypothèses sur l'explication de l'angine, si elle a vraiment pour cause l'extirpation des ganglions du cou, étant donné qu'elle n'a pas d'allure spéciale, que malgré les symptômes prémonitoires et thermiques (parfois 39°), elle est légère et bénigne; il nous semble inutile d'insister plus longtemps sur cette complication légère.

(1) Ob. XXXIX et L.

L. — Achille G...., 28 ans.

Adénopathies tuberculeuses cervicales multiples fistuleuses.

AH. — Nuls.

AP. — Les ganglions cervicaux apparurent vers l'âge de neuf ans sans qu'il puisse préciser quels ont été les premiers atteints. Vers quinze ans ils augmentaient sous l'influence d'une existence assez débilitante. Passa trois ans au régiment. Pendant ce temps entra plusieurs fois à l'hôpital militaire et les ganglions furent souvent incisés sans qu'on en retirât du pus. Mais ils augmentèrent peu à peu sous l'influence de cette thérapeutique intempestive. Une saison aux bains de mer en 1887 ne les fit pas disparaître.

Au début de 1890 entra à Beaujon chez Benj. Anger, qui lui incisa plusieurs ganglions suppurés. Il en résulta de nombreux trajets fistuleux jusqu'au jour où il entra à Bichat, porteur d'adénopathies cervicales multiples.

Opéré par M. Broca par séances successives.

I. — 13 novembre 1890. Sterno-mastoïdiens droits et sous-maxillaires gauches, ganglions suppurés. Fils enlevés au huitième jour. Les ganglions carotidiens restent un peu fistuleux.

II. 10 décembre 1890. Sous-maxillaires droits.

III. 5 janvier 1891. Sous-maxillaires gauches et sous-mentaux. Le quatrième jour de l'opération la température de 37° monte à 40° le matin, 39°8 le soir; le cinquième jour elle resta à 38°; le sixième jour tomba à 37°. Pendant le quatrième jour *était apparue une angine aiguë*. Les fils sont enlevés le huitième jour.

IV. 23 février 1891. Ganglions sterno-mastoïdiens gauches et ablation d'un fil dans la fistule sterno-mastoidienne droite.

V. 22 avril 1891. Ablation d'un ganglion sus-claviculaire gauche. Extirpation incomplète de ganglions adhérents et suppurés de la nuque. Avant cette séance et après, a eu des accès de fièvre que rien n'expliquait. Inappétence, amaigrissement.

Sorti le 13 mai 1891. Dit avoir au total perdu 50 livres de son poids. N'a plus qu'une fistule à la nuque. Pèse 65 kgs.

Rentre le 18 décembre 1891. Depuis sa sortie a continué à maigrir, mais depuis un mois a gagné 6 kgs. Petit abcès gros comme une noisette sous la cicatrice de la région carotidienne droite.

VI. 19 octobre 1891. Incision et petit curetage.

Sorti le 31 octobre avec une fistulette seulement en ce point. Les autres points opérés sont très bien. Bon appétit, Pèse 80 kgs.

Il lui reste : 1° un ganglion sus-claviculaire droit (noisette); 2° un sus-claviculaire gauche sous la cicatrice (noix); 3° deux sous-mentaux

droits (petite noisette); 4° un axillaire gauche (noix) très souple, indolent. Prend IK iodé et cesse l'huile de foie morue.

Revu en juin 1892. Va très bien. Le ganglion axillaire a suppuré et a donné une fistulette.

Après toutes les opérations, réunion par première intention. Dans presque toutes l'orifice du drain a suppuré légèrement pendant quelques jours, mais était fermé, sauf pour la IV^e, à l'intervention suivante.

Novembre 1893. Etat des ganglions stationnaire.

Nous avons revu ce malade le 16 janvier 1895. C'est actuellement un homme solide, mesurant 1^m80, pesant 104 kgs, ayant les apparences d'une parfaite santé. Ses poumons sont sains. Dans les régions opérées les cicatrices sont blanches, parfaites, nullement chéloïdiennes. A la nuque il ne reste aucun ganglion. Il en existe un sous-mental depuis les opérations et avec tendance à diminuer. Il est gros comme une noisette, ne lui causant aucune gêne. Dans l'aisselle deux ganglions souples, comme deux noisettes, sans tendance à augmenter.

Outre le service énorme qu'on a rendu à ce malade au point de vue de sa santé, il est très satisfait de son état local qui lui a permis de gagner sa vie, de se marier, alors qu'auparavant, avec ses fistules nombreuses, il ne trouvait d'emploi nulle part.

FISTULE LYMPHATIQUE

Un incident assez rare et bénin s'est montré à la suite de l'extirpation des ganglions de la région cervicale et inguinale. Quelques jours après l'opération il se fait un écoulement de lymphe plus ou moins abondant, ce qui s'explique aisément, puisque dans ces régions on peut ouvrir de gros troncs lymphatiques. Binet en rapporte un cas emprunté à la thèse de Boulanger (1876). Huit jours après l'extirpation de ganglions cervicaux se montra un écoulement de lymphe peu abondant. La fistule fut cautérisée au nitrate d'argent et disparut en six ou sept jours.

Schwartz (1) dit qu'il lui est arrivé deux ou trois fois, après de larges extirpations de ganglions suppurés, de constater une vraie lymphorrhagie assez abondante pour souiller le pansement et obliger de le renouveler plus fréquemment que d'habitude. Elle n'a jamais persisté au delà de cinq à six jours et s'est tarie spontanément.

Lejars (2) a observé deux fois, après extirpation d'un bubon strumeux inguino-iliaque, la plaie étant d'ailleurs réunie sur tout le reste de son étendue, la persistance d'une petite fistule lymphatique. Chez un malade l'écoulement persista pendant trois semaines et la fistulette se ferma spontanément.

Chez l'autre il recueillit le liquide qui était clair, séreux, à peine jaunâtre, mouillait tous les jours le pansement. « On ne saurait douter, dit-il, que de gros troncs lymphatiques ne se trouvent intéressés dans les extirpations larges et qu'ils ne restent parfois béants et fistuleux, au moins pour quelques semaines. » Nous n'avons jamais observé ce petit incident aussi bénin que rare.

(1) Revue génér. de clinique et de thérapeutique, 24 juin 1891.

(2) Presse méd., 1894.

ŒDÈME. ÉLÉPHANTIASIS

Riedel a attiré l'attention sur l'œdème durable et l'éléphantiasis qui peuvent survenir après l'extirpation des ganglions lymphatiques. Dans son article l'adénopathie était consécutive à un chancre mou, mais comme elle était de durée très longue, il est fort possible que les ganglions soient devenus tuberculeux à la suite d'une inoculation primitivement spécifique. Quoi qu'il en soit, les accidents qu'il a vu survenir dans ces cas pourraient se produire après extirpation de ganglions tuberculeux et quoique nous n'en ayons vu signalés ni observés d'aussi graves, nous avons cependant deux observations d'œdème d'une moitié inférieure de la face.

Riedel croit qu'au cou, où l'on a souvent l'occasion de faire de larges extirpations pour ganglions tuberculeux, vu le grand développement du système lymphatique, « on n'a probablement pas à craindre une interruption du courant de la lymphe. » C'est surtout après les extirpations de ganglions axillaires et inguinaux que l'œdème et l'éléphantiasis, dit-il, peuvent survenir. Il n'est pas de l'avis de Karl Prager (1), qui écrivait en 1885 : « tous les chirurgiens savent suffisamment qu'après une large extirpation des ganglions dans n'importe quelle région, on ne remarque nul trouble macroscopique de la circulation lymphatique, ou si ces troubles ont existé pendant un temps assez court, ils disparaissent rapidement. »

Riedel (2) a vu, en 1887, un garçon de 12 ans avec œdème

(1) Prager. Zeitschrift für Heilkunde, 1885.

(2) Riedel. Archiv. für klin. chir., XLVII, fascic. 3-4.

de tout le bras et de la main. Ce garçon indiquait que l'œdème s'était produit après extirpation de ganglions tuberculeux du creux axillaire droit un an auparavant. Et en réalité le malade portait en cette région une longue cicatrice. Malheureusement le chirurgien ne pouvait se rappeler l'histoire opératoire de ce malade. Riedel en conclut que l'extirpation avait été facile et qu'on n'avait pas eu affaire à une lésion de la veine axillaire avec œdème consécutif. C'est le cas n° I.

Riedel rapporte en outre les deux observations personnelles suivantes :

II. Homme, 30 ans. Ganglions inguinaux consécutifs à un chancre mou. A subi différents traitements, incision, curettage,

Quand il vient consulter, les deux plis de l'aîne sont gonflés et il fait l'extirpation qui dure plusieurs heures. Les ganglions profonds ont des foyers purulents et l'extirpation complète est faite sans lésion des vaisseaux sanguins. Guérison assez rapide, sans température. Huit semaines après le malade sort guéri d'une affection qu'il traînait depuis des années.

Peu à peu le pourtour de la cicatrice devint assez dur : le malade se fait masser. En 1888, voyage en Amérique ; bien portant jusqu'en 1889. A cette époque, érysipèle sur la face externe de la cuisse droite. Huit jours de lit avec température. A partir de ce moment remarque des rougeurs sur la peau de la cuisse droite, mais ne s'en inquiète pas. La verge et le scrotum rougissaient aussi de temps à autre pour redevenir à l'état normal. En été 1890 le scrotum redevint et resta dur. Le malade rentre dans son pays. Quand Riedel le revit en 1890, le scrotum était gros comme le poing, dur, la verge gonflée, mais molle. Sous le pubis et sur la peau de l'abdomen au-dessus de lui, dureté notable. A partir de ces points, des infiltrations dures de la peau se continuaient de chaque côté dans les flancs, jusque dans la région des reins, rouge, érysipélateuse. Les deux cuisses étaient infiltrées jusqu'aux genoux.

Dans l'aisselle droite, paquet de ganglions lymphatiques de la grosseur du poing, dont le début remontait au commencement de 1889. Aisselle gauche libre.

Les jours suivants, les taches rouges des plis de l'aîne avaient disparu et la peau y était redevenue molle.

III. Homme, 30 ans. Entré le 27 décembre 1887. Chancre mou il y a 9 mois. Bientôt après les ganglions se prennent à gauche, suppurent, restent fistuleux malgré un traitement soigneux.

Le 30 décembre, extirpation des ganglions qui sont dans le même état que ceux de l'observation précédente. Guérison.

En 1888, le malade eut un érysipèle sur le côté opéré, sans plaie. Après chaque poussée, le gonflement et l'infiltration de la peau de la cuisse deviennent de plus en plus forts.

Riedel ajoute : « Les deux derniers malades ont eu de l'éléphantiasis typique qui s'est toujours étendue de plus en plus sous l'influence des attaques érysipélateuses, tandis que le premier malade a toujours montré un œdème uniforme et mou, œdème qui, en apparence, est depuis des années resté stationnaire. Il est possible que plus tard des troubles plus sérieux se produisent. Les deux autres malades sont des hommes malheureux et je ne doute pas que le processus ne fasse encore des progrès chez eux. Dans ces deux cas il ne s'agit donc pas seulement d'un obstacle au cours de la lymphe, comme on pourrait le croire dans le cas n° 1, mais d'une dégénérescence des vaisseaux lymphatiques qui a eu comme point de départ l'interruption du courant lymphatique et s'est développée sous l'influence des poussées érysipélateuses. Elle est donc une suite de l'opération. La littérature médicale que j'ai lue ne m'a pas montré de faits analogues et pourtant je ne doute pas qu'il n'y en eût de semblables. Riegler (1) insiste sur l'éléphantiasis des extrémités inférieures après l'extirpation des ganglions inguinaux. De ce travail il résulte que Riegler soupçonne son existence sans en avoir vu.

Il est connu que des foyers purulents dans les ganglions lymphatiques peuvent donner exceptionnellement naissance à l'éléphantiasis et surtout à celui de la vulve (Wernher, Fritsch).

Ce serait cependant un hasard étrange si moi seul, dans une douzaine de cas, j'avais eu des conséquences si déplorables dans l'extirpation des ganglions lymphatiques ».

Nous ne connaissons pas d'autres observations telles que celles rapportées par Riedel. On sait qu'il existe des éléphantiasis

(1) Zeitschrift des Wiener Aertze, 1855.

purement lymphatiques avec obstacle non inflammatoire au cours de la lymphe. « Le type le plus simple nous est fourni par les cas rares, il est vrai, mais probants où, sur un nouveau-né partiellement ou totalement éléphantiasique, on constate par la dissection l'absence des canaux collecteurs de la lymphe, du canal thoracique par exemple (1). Chez l'adulte on peut observer des éléphantiasis par obstruction néoplasique des ganglions (une observation de Duplay rapportée par Charcelley dans sa thèse 1879). Enfin les obstacles inflammatoires résultant de n'importe quelle lymphangite, soit aiguë, soit à répétition, peuvent engendrer l'éléphantiasis.

Dans les deux derniers cas de Riedel, cette dernière cause surajoutée à l'obstacle relatif ou complet qui survient après une extirpation totale des ganglions lymphatiques d'une région donne une explication satisfaisante des lésions qu'il a observées, et si l'extirpation totale des ganglions n'est pas suffisante pour amener à elle seule une éléphantiasis aussi notable, le malade sujet à des poussées répétées d'érysipèle est peut-être plus apte à voir l'éléphantiasis se produire plus rapide et plus notable s'il y a un obstacle au cours de la lymphe.

Dans les deux observations que nous allons citer, les phénomènes qui peuvent rentrer, croyons-nous, dans la catégorie des faits sus-mentionnés, ne sont ni graves ni très développés. Les deux malades ont un peu de bouffissure de la joue, sans changement de coloration à la peau, avec un peu moins de souplesse cependant dans les tissus. Cette bouffissure est facilement appréciable en regardant les malades de face.

LI. — Fernand C., 14 ans 1/2.

Adénopathie tuberculeuse cervicale suppurée. Fistules.

AH. — Père, mère consanguins, bien portants. Trois enfants morts en bas-âge (convulsions, broncho-pneumonie).

(1) Broca. Traité de chirurgie. Tome I, page 582.

AP. — Aucune maladie antérieure. Famille misérable : alimentation insuffisante. En apprentissage à 11 ans.

Histoire de la maladie. Les premiers ganglions ont débuté à l'âge de 5 ans à l'angle de la mâchoire, restant jusqu'à 10 ans sans augmenter notablement. A dix ans, tuméfaction des ganglions rétro-maxillaires droits qui augmentent rapidement de volume et dont le supérieur commence à suppurer. Soigné pendant trois ans aux Enfants malades.

On retira du pus et on fit des injections iodoformées dans les ganglions sous-maxillaires. La chaîne carotidienne droite se prend.

Etat actuel. Anémie. Amaigrissement.

Adénopathies multiples. Ganglions rétro-maxillaires droits dont un est fistuleux, depuis les injections. Les autres ramollis. Un inférieur dur. Chaîne carotidienne droite dont un ganglion volumineux suppuré. Ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux droits et gauches, avec deux fistules, plus petits de ce côté.

Opéré le 26 mai 1894, à Trousseau. Incision elliptique autour de la fistule supérieure se prolongeant en haut jusqu'au-dessous du lobule de l'oreille parallèlement au sterno-mastoidien : sa longueur est de onze centimètres. Après extirpation du ganglion supérieur qui est intra parotidien, on enlève par morcellement le paquet postérieur très volumineux composé de ganglions entourés d'une gangue lardacée et adhérents aux parties voisines. Ce paquet passe sous le sterno-mastoidien qu'il faut libérer aux ciseaux et arrive à la jugulaire à laquelle il adhère intimement. Un autre ganglion suppuré est adhérent au tronc thyro-linguo-facial. Après cela on prolonge l'incision sous le menton en circonscrivant les deux fistules.

Extirpation de deux ganglions suppurés et d'un non suppuré. Drain. Chlorure de zinc.

Sorti complètement guéri le 8 août, après avoir un peu suppuré par le drain.

Revu le 26 octobre 1894.

Depuis, l'opération a beaucoup grandi et grossi. Aspect d'excellente santé. La cicatrice encore un peu rouge est peu visible et disparaît beaucoup depuis un mois.

La joue droite au niveau de la branche horizontale du maxillaire inférieur est plus bouffie que la gauche. La coloration de la peau est la même que du côté opposé, mais il y a un peu moins de souplesse dans les tissus. Si on mesure de chaque côté du lobule de l'oreille à la symphise du menton on trouve :

A droite. 13 cent. 1/2.

A gauche 12 cent.

Nul ganglion ni dans les régions opérées, ni ailleurs. Ne tousse pas.

LII. — Emmanuel M..., 14 ans.

Adénopathie tuberculeuse cervicale droite, suppurée avec fistules.

AH. Mère bien portante. Père mort fou à 44 ans. Quatre enfants morts, un rougeole, un méningite, un mort-né, un suite d'opération pour abcès (?) de la jambe. Deux sœurs et un frère en bonne santé.

AP. N'a jamais été malade jusqu'à l'âge de 7 ans. A cette époque reçut un coup dans l'aîne droite ; abcès ganglionnaire incisé à Tenon ; guérison en trois mois. En même temps eut un ganglion épitrochléen gauche soigné aux Enfants malades. Incision, guérison en un mois.

Vers huit ans eut de l'adénite cervicale droite qui disparut peu à peu. Depuis 1893 de nouveaux ganglions parurent dans cette même région, augmentèrent considérablement avec pus et fistule apparue deux mois avant son entrée à Trousseau, qui eut lieu en avril 1894. A la même époque se montrèrent des ganglions inguinaux à droite qui furent incisés à St-Louis en mars 1894 et restèrent fistuleux.

Etat du malade en avril 1894. Chaines ganglionnaires multiples :

A droite : I. Ganglion mastoïdien supérieur de la grosseur d'une noisette avec fistule et bords décollés, rouges.

II. Ganglions carotidiens : deux gros comme une noix avec fluctuation.

III. Ganglions de la région de la nuque.

IV. Chaîne dans toute la région sus-claviculaire dont un près et au-dessus de la clavicule, gros comme un œuf de pigeon. Deux fistules.

A gauche, chaîne carotidienne de petits ganglions.

Opéré le 26 avril 1894. Incision de huit centimètres partant au-dessous du lobule de l'oreille droite, en avant du sterno-mastoïdien, parallèlement à lui. Autour des fistules la peau violacée, décollée, est circonscrite par des incisions elliptiques. Ablation du ganglion supérieur qui forme une poche suppurée dont la masse est située superficiellement et adhère au bord antérieur du sterno-mastoïdien. Ablation d'un petit ganglion à l'extrémité inférieure de la parotide, puis des ganglions carotidiens caséeux. Après dissection du sterno-mastoïdien on trouve dans la profondeur les ganglions qui donnent les fistules sus-claviculaires. Ils ont une gangue épaisse et sont enlevés par morcellement. Les ganglions non fistuleux de la région sus-claviculaire sont laissés.

Chlorure de zinc. Drain. Sutures.

Le 30 mai, passe à la scarlatine. Réunion complète, mais deux fistules continuent à suppurer. Sort le 8 juillet dans le même état.

Revu le 27 octobre 1894. A l'angle de la mâchoire, collé au bord interne de la branche horizontale du maxillaire, à droite, il y a un ganglion gros comme une noisette, dur, immobile, non douloureux.

La cicatrice, encore rouge, tend à diminuer, d'après le malade. Sur le trajet de la cicatrice il y a deux ulcérations de un centimètre environ,

superficielles, suppurant peu. Là, la cicatrice est adhérente aux tissus qui sont un peu durs, mais au dessous il ne semble pas y avoir de ganglions. Un petit curetage superficiel serait nécessaire.

En arrière du sterno-mastoïdien, il y a une cicatrice blanche de trois centimètres. Au dessous pas de ganglion. On n'en sent pas dans les triangles sus-claviculaires ni dans la région cervicale droite.

Le malade a un peu de bouffissure de la joue droite, sans changement de coloration de la peau : les tissus sont un peu moins souples.

En mesurant du lobule de l'oreille à la symphise du menton, on trouve : à droite 13 centimètres, à gauche 12.

Dans la région inguinale droite, il y a un ganglion fistuleux qui aurait besoin d'être extirpé.

Bon état général, ne tousse pas.

CICATRICE

On a reproché à l'extirpation de laisser souvent des cicatrices beaucoup plus laides que celles qui résultent des autres traitements.

Une simple incision assez petite est souvent suffisante pour amener une guérison d'un seul ganglion entièrement ramolli, mais dans tous les autres cas est-ce que les cicatrices étoilées, larges, exubérantes qui résultent d'une longue suppuration et de plusieurs curettages sont plus jolies qu'une cicatrice linéaire? On a exagéré en disant que les cicatrices étaient toujours chéloïdiennes. Nous avons noté chez tous nos malades revus l'état de la cicatrice. Il en est de presque invisibles, d'autres encore rouges, plus apparentes sous l'action du froid, qui tendent peu à peu à disparaître, d'autres enfin surélevées, chéloïdiennes. C'est plutôt quand les ganglions sont suppurés et fistuleux depuis longtemps, quand la peau est rouge, amincie ou irritée dans le voisinage que le résultat plastique ultérieur est moins joli. Mais est-il moins beau qu'avant l'opération quand le malade avait ces masses fongueuses à fleur de peau, avec suintement constant l'obligeant à porter constamment un pansement pour cacher à tous ses écrouelles? Et d'ailleurs on ne peut savoir d'avance si la cicatrice sera chéloïdienne ou non. Nous en avons vu, à la suite de ganglions suppurés fistuleux, être parfaites, d'autres après extirpation de ganglions non suppurés avoir des tendances à la chéloïde.

Pour obtenir une cicatrice idéale l'affrontement doit être parfait et il faut avoir grand soin d'enlever les points de suture avant

qu'ils n'aient coupé. Certains auteurs même les enlèvent très rapidement ou tout au moins une grande partie après trois ou quatre jours.

Nous n'avons pas d'expérience au point de vue des résultats que peut donner la suture intra-dermique, mais nous pensons qu'il serait utile de la pratiquer souvent dans les régions exposées à la vue où l'on est conduit à faire l'extirpation. Un auteur a proposé l'extirpation sous-cutanée des ganglions tuberculeux du cou. Voici en quoi consiste le procédé de Dollinger (1), professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Budapest.

« L'incision est pratiquée en plein cuir chevelu, de façon que la cicatrice qui en résultera puisse être cachée complètement par les cheveux. Elle commence au niveau du conduit auditif externe à un centimètre en dedans de la limite des cheveux et se dirige en bas et en dedans en formant une ligne à convexité inférieure longue de cinq centimètres environ. À travers cette incision, qui comprend la peau et l'aponévrose cervicale, on peut facilement atteindre les ganglions les plus proches en décollant les lèvres de la plaie et en séparant les tissus avec les doigts ou au moyen d'instruments mousses.

Lorsqu'on a ainsi atteint les ganglions, on les saisit avec une pince longue et étroite et on procède à leur énucléation, ce qui peut également être fait à l'aide des doigts ou de crochets mousses, si le ganglion n'a pas encore subi de fonte purulente ni contracté d'adhérences. On procède de même pour les ganglions plus éloignés, qu'on peut rapprocher de la plaie de la nuque en exerçant sur eux des tractions externes dans la direction de la plaie. On réussit à extirper de cette façon même les ganglions situés près du menton et à la région sus-claviculaire. L'hémorrhagie est insignifiante. L'opération terminée, on suture soigneusement la plaie. Du côté où l'on a opéré, on voit survenir généralement une tuméfaction œdémateuse assez persistante, mais qui cependant finit par disparaître au bout de six à huit semaines,

Quand il s'agit de ganglions non suppurés, la plaie se réunit

(1) Semaine médicale, 1894, page 420.

par première intention; mais lorsque le tissu glandulaire a subi la fonte purulente et que pendant l'extirpation la plaie a été baignée de pus ou de sérosité contenant des grumeaux caséeux, il peut se former un abcès qu'on sera obligé d'ouvrir ou bien une fistule dont on obtiendra la cicatrisation au moyen d'attouchements au nitrate d'argent. »

Nous ne nous attarderons pas à discuter cette opinion, car il suffit de l'avoir lue, sans essayer de la mettre en pratique pour la condamner. Nous ne savons si Dollinger a jamais fait une extirpation de ganglions tuberculeux suppurés, même avec sa méthode, mais nous espérons pour la défense de ses idées que les ganglions sont plus faciles à extirper à Budapest que partout ailleurs.

DU CURETTAGE.

Nous connaissons maintenant les dangers, les accidents immédiats et éloignés de l'extirpation, il faut les mettre en parallèle avec ceux du curettage afin de savoir quelle est celle des deux méthodes opératoires qu'il faut préférer. Nous n'avons pas d'hésitation; pour nous le curettage est un mauvais procédé. Nous n'avons fait qu'une seule exception : quand un ganglion est suppuré au point que tout son contenu est devenu liquide on peut le traiter comme un adénophlegmon, l'inciser au point le plus déclive, évacuer le pus, curetter la poche, drainer. Nous avons vu de nombreux malades traités ainsi et guérir avec une cicatrice légère, sans récidive ou après une ou deux retouches.

Quelles sont donc les opinions des auteurs à l'égard du curettage.

Quand les ganglions sont durs tout le monde est d'accord; après les avoir livrés au traitement général, si l'extirpation devient nécessaire on convient qu'elle n'engendre pas de difficultés.

Quand ils sont au contraire suppurés, ramollis, adhérents, fistuleux, la scission entre les chirurgiens commence.

Pour Le Dentu (1), quand les adhérences à la gaine des gros vaisseaux profonds existent, l'extirpation totale est dangereuse, on devra souvent lui préférer l'extirpation partielle avec évidence. Bouilly (2) se prononce dans le même sens et pré-

(1) Presse médicale, 1894.

(2) Gaz. des Hôp. 1884.

fère recourir à la curette tranchante avec laquelle on fera un grattage minutieux.

Chauvel (1) croit l'extirpation dangereuse, ainsi que Poulet (2), qui préfère s'adresser au raclage avec la curette de Volkmann. Il ne faut pas, dit-il, chercher à extirper la coque mais à la vider de son contenu et à ruginer sa paroi.

Lejars (2) écrit : « l'extirpation totale des masses occupant quelquefois toute une moitié du cou sillonné de trajets fistuleux, décollant et altérant la peau sur une large surface serait le plus souvent impossible, c'est alors que la curette tranchante et le thermocautère trouvent leur emploi. Un grattage minutieux qui fouille toutes les anfractuosités constitue une fort utile intervention.

Neve (3) constate que dans les trajets sinueux avec décollements, peau enflammée, ulcérée, le traitement le plus ordinaire est de gratter avec la curette de Volkmann, mais qu'on n'obtient que des améliorations sans guérisons. Pour lui le meilleur procédé pour le résultat final est d'exciser le tout.

Il cite l'observation suivante à l'appui :

Obs. XV. -- Femme 20 ans. Malade depuis 6 ans. Masse de glandes depuis la parotide jusqu'à la clavicule. Quelques-unes suppurées. Peau ulcérée. Le 17 avril 1891, grattage des glandes *entièrement et aussi loin qu'on put les atteindre. Aucune amélioration* jusqu'au 13 mai ; les glandes *augmentaient et devenaient plus douloureuses*. Il se décida à *disséquer* le tout. Quelques-unes s'étendaient sous le sterno mastoïdien, d'autres sous les vaisseaux carotidiens. Artère linguale et muscle digastrique furent mis à découvert. Le 6 juillet sort guérie.

Milton (4) n'est pas pour le curettage.

Bruhn (4) répudie la curette parce que la coque ganglionnaire malade reste souvent et infecte les ganglions du voisinage, donnant lieu à des récidives. L'extirpation, au contraire, découvre

(1) Soc. de chirurgie, 1884.

(2) Arch. de méd. militaire, 1884.

(3) Traité de chirurgie, Tome I, page 739.

(4) Loc. cit. plus haut.

tout-à-fait le champ opératoire et rend possible la reconnaissance et l'ablation de tout le foyer.

Pour Trèves (1) le grattage ne doit pas être employé quand la peau est saine. Il faut s'y adresser quand on ne peut se servir du scalpel. Le grattage doit être complet mais une cicatrice très laide peut en résulter.

Wohlgemuth (2) n'a vu employer la cuiller tranchante que lorsque l'extirpation totale était impossible au couteau ou aux ciseaux. Des anglais, Teale réclame pour tous les ganglions suppurés l'extirpation et condamne l'incision simple.

Albut, aussitôt qu'il y a ramollissement ou que les ganglions ont tendance à augmenter, préconise l'ablation du foyer malade.

Lediard est partisan de la cuillère tranchante.

Lesser, de Leipzig, préfère le curage à l'extirpation.

Enfin notre maître, M. le Professeur Lannelongue, insiste sur la nécessité de préférer l'extirpation au curettage.

Ce qui ressort en général de ces opinions, c'est que le curage est une méthode mauvaise, sauf pour de rares chirurgiens qui en font un procédé de choix. On la considère plutôt comme traitement d'exception lorsque l'extirpation totale est impossible. Mais ici le critérium est bien difficile à établir, ce qui n'est pas possible aux uns est considéré par d'autres sinon comme facile du moins comme très accessible. On s'est basé sur les adhérences aux vaisseaux, aux nerfs, sur les dangers de mort, et nous avons déjà réfuté ces arguments en parlant des accidents opératoires possibles de l'extirpation. On verra plus loin que la mortalité est insignifiante, que la nôtre est nulle. Nous rejetons donc ce premier groupe d'arguments d'autant plus que le curettage est aussi dangereux et moins radical.

Moins radical, car il est théorique de recommander un grattage minutieux, de fouiller les coins et les anfractuosités, de gratter tout jusqu'à la coque. La curette est un instrument

(1) Trèves. Traitement des ganglions scrofuleux. *Lancet*, 1889.

(2) Wohlgemuth. Thèse de Berlin, 1889.

parfait pour les os. On gratte des fongosités, des points ramollis autour desquels est un tissu résistant, c'est à ce moment, quand la curette crie sur l'os dur, qu'elle ne mord plus, qu'on sait avoir fait un travail utile. Tant qu'on perçoit un point friable, enlevable à la curette, on continue, mais pour les ganglions quelle sensation va nous guider ? Le curettage du tissu glandulaire, musculaire, aponévrotique, de la tunique des vaisseaux, tout cela donne une sensation identique ; on ne sait pas quand il faut s'arrêter ; on curettera trop peu, aussi est-ce une opération moins radicale que l'extirpation. Ou bien on curettera trop, on contusionnera les nerfs, les vaisseaux, si on ne les perfore pas, aussi est-ce une opération dangereuse parce qu'elle est aveugle. D'ailleurs Volkmann disait au XIV^e Congrès des chirurgiens allemands (8 et 11 avril 1885) : « Il ne faut pas faire le curage mais plutôt l'ablation des ganglions tuberculeux parce que le grattage n'est pas assez radical et laisse forcément des parties de capsules infectées, ou même de petits ganglions qui se caséifieront ensuite. » Voilà pourquoi on n'aura que des demi-succès avec une demi-mesure, on tarira pour quelques semaines la suppuration, mais elle reparaitra et avec elle de nouveaux trajets fistuleux. Et c'est si vrai que M. Lannelongue (1) nous citait récemment de nombreux cas de ganglions tuberculeux traités par le curettage et par des chirurgiens éminents, qu'il dut enlever par extirpation. Il a de la sorte obtenu en une séance des résultats parfaits et sans récurrence depuis plus d'un an.

Aussi nous nous déclarons l'adversaire d'un procédé qui n'est que palliatif et ne doit être employé comme tel que si le malade est trop faible, trop tuberculisé dans d'autres régions ou dans ses viscères, pour qu'on puisse espérer d'une thérapeutique locale radicale le relèvement de sa santé. On se contentera de gratter les masses fongueuses, exubérantes, dont le suintement continu est pour lui une cause d'épuisement surajouté et de dégoût, comme on fait pour les cancéreux trop cachectiques et inopérables.

Quant aux résultats thérapeutiques du curettage, on trouvera

(1) Communication orale.

les statistiques des récidives que nous avons pu recueillir parallèlement à celles que donne l'extirpation. Nous ne pourrions mieux conclure qu'en citant les lignes écrites par M. Lannelongue (1) : « L'extirpation est la méthode de choix. En aucun cas on ne se résoudra à lui substituer le curettage simple des ganglions. En apparence cette opération paraît satisfaisante, en réalité, elle ne l'est pas, et elle ne donne souvent que des guérisons temporaires. Chez certains sujets il persiste, immédiatement après l'opération, une fistule, chez d'autres il survient plus tard une nouvelle poussée tuberculeuse dans le ganglion en cause. La raison en est simple : il est bien rare en effet qu'il n'y ait dans un ganglion qu'un seul foyer. On fait le curettage de ce qui se présente et on laisse d'autres foyers dans la coque restante : pour les atteindre il faudrait faire le morcellement du ganglion. Il convient donc, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une adénite tuberculeuse, d'en faire systématiquement l'extirpation complète. »

(1) Lannelongue. La tuberculose chirurgicale. Masson, Paris, 1893.

MÉTHODE MIXTE

Nous avons déjà dit, parlant des ganglions iliaques, que Sprengel recommande, lorsque les rapports sont extraordinaire-ment intimes avec les vaisseaux et qu'une blessure de ces derniers est à craindre, l'ouverture de la capsule et l'énucléation du contenu suivi de tamponnement iodoformé. Si cette méthode peut être acceptée pour cette région spéciale où l'on ne peut toujours se donner le jour qu'on désire, il ne faut pas, comme l'a écrit Michel (1), d'après les idées de Poncet, l'ériger en manuel opératoire pour les ganglions du cou où les adhérences avec les vaisseaux ne présentent pas les dangers qu'on a dit pour un chirurgien adroit.

Poncet (1) recommande de longues incisions, mais quand il dit qu'elles peuvent atteindre 30 et 40 centimètres dans les polyadénites cervicales sous forme de chapelet, nous croyons qu'il vaut mieux faire l'opération en deux et trois fois et laisser entre chaque incision des bandes de peau saine plutôt que défigurer le malade par une telle balafre.

Lorsqu'il y a périadénite, ajoute-t-il, « si l'extirpation paraît impossible on s'efforcera de détruire le tissu malade sur place. Tandis que le ganglion dégénéré est saisi avec le pouce et l'index de la main gauche, tandis qu'il est mis en relief, rendu indépendant, la main droite incise le ganglion avec le bistouri dans la plus grande longueur possible. On crée ainsi une large éventration par laquelle on l'abordera soit avec la curette et parfois même

(1) Michel. Thèse doct. Lyon, 1889.

(2) Poncet. Lyon médical, 13 janv. 1889.

avec le fer rouge. Il faut en effet que la destruction soit totale. Nous voulons dire que ce n'est pas seulement la substance ganglionnaire à proprement parler qui doit être enlevée, mais bien aussi sa coque, que l'on doit considérer comme une véritable membrane génératrice et qui, dans les extirpations s'accompagnant de récurrence, a dû jouer le principal rôle. Quand, à côté de foyers caséux se trouvent les masses dures se désagrégeant difficilement sous l'action de la curette, il faut fixer solidement le ganglion avec la main, et utiliser des curettes tranchantes à manche court. Reste-t-il quelques points douteux, les bords de la capsule d'enveloppe sont soulevés avec des pinces hémostatiques et avec le fer rouge on poursuit leur destruction. »

Nous ne comprenons nullement les avantages de cette méthode. Si on peut saisir le ganglion entre le pouce et l'index, c'est qu'il est assez superficiel, assez peu adhérent, et la dissection en est facile. S'il est très profond, très uni à la gaine des vaisseaux, nous affirmons qu'il est impossible de le saisir entre deux doigts et de le mettre en relief. Alors il l'incise, le curette, et c'est ce qu'il appelle faire l'énucléation sous-capsulaire.

D'abord c'est en contradiction avec son premier précepte qui veut la destruction totale et enfin la méthode est passible des mêmes reproches que le curettage. Quant au fer rouge il faut avoir une certaine audace pour le porter si près des vaisseaux et s'exposer à les perforer, à produire par escarres des hémorragies secondaires, sans être sûr de pouvoir détruire par le feu tous les débris ganglionnaires. Michel, dans sa thèse, ne rapporte que huit observations de malades traités par cette méthode ; c'est insuffisant pour juger de la valeur du procédé au point de vue thérapeutique. Quant à nous, nous le condamnons au même titre que le curettage.

INDICATIONS. — CONTRE-INDICATIONS DE L'EXTIRPATION

Il est toujours imprudent (1) de laisser dans l'économie des foyers d'infection d'où peuvent se répandre dans l'organisme les germes de la tuberculose, car si les adénites cervicales, axillaires, peuvent vivre indépendantes de la tuberculose pulmonaires au lieu d'en être toujours une conséquence, dans certains cas, au contraire, elles la précèdent, et l'adénopathie cervicale peut s'étendre aux ganglions de la chaîne trachéo-bronchique et descendre jusqu'aux poumons.

Ni l'âge, ni le nombre des ganglions ne sont une contre-indication.

Il ne faut pas dire que toujours chez les enfants l'adénite disparaît spontanément ou que l'intervention est grave au-dessous de dix ans, comme l'a écrit Bergmann. Parmi nos opérés 47 avaient au-dessous de 10 ans.

Wohlgemuth (2), pour des enfants du même âge, rapporte 167 cas dont 78 avec extirpation, 89 avec curettage sans décès opératoire.

L'intervention est donc moins grave que ne l'a dit Bergmann.

Quant au nombre, Neve (2) a extrait 30, 40, 80 ganglions, Trèves (2) 84, Le Dentu (2) 58. Nous n'en ferons pas une statistique et ne citons ces quelques chiffres pris au hasard que pour mémoire.

Nous concluerons : quand les ganglions hypertrophiés n'ont

(1) Pechaud, doct. Paris, 1892. Variétés cliniques de l'adénite tuberculeuse.

(2) Loc. cit.

pu disparaître par le traitement médical, qu'ils tendent au contraire à l'accroissement, au ramolissement, il faut les extirper.

Quand ils sont suppurés, l'extirpation est indiquée, et à plus forte raison quand ils sont ouverts et fistuleux.

S'ils sont la seule manifestation de la tuberculose, qu'ils occupent une ou plusieurs régions, l'extirpation est la règle. S'il y en a partout, qu'ils descendent dans le médiastin, que les mésentériques soient pris, qu'ils s'accompagnent de tuberculose viscérale, que le malade ait tous les soirs des poussées de température, l'opération est inutile, peut-être nuisible; s'ils s'accompagnent de tuberculose chirurgicale, spina-ventosa, tumeur blanche du pied, du coude, etc., si l'état général est bon, l'extirpation est encore indiquée.

Quant aux raisons tirées de l'état local, des adhérences, des dangers opératoires, de l'hémorrhagie, nous avons vu que ce n'était pas en elles qu'il fallait chercher une cause de contre-indication.

Quelques auteurs tels que Lannelongue préconisent l'extirpation radicale hâtive, et Klotz, Hueter vont même plus loin en opérant sans qu'il y ait encore aucun signe positif de tuberculose.

DU PANSEMENT APRÈS L'EXTIRPATION

De cette question nous ne dirons que quelques mots, ne parlant même que de certains détails.

Sutures : L'affrontement doit être parfait si l'on veut avoir une jolie cicatrice et toute la peau malade, ulcérée, rouge bleuâtre, a dû être excisée. Les uns font des sutures au catgut, d'autres au fil d'argent. Ce dernier doit être complètement délaissé parce qu'il coupe rapidement et laisse ultérieurement des traits qui deviennent chéloïdiens. Nous avons toujours vu faire les sutures au crin de Florence et nous avons eu quelquefois l'inconvénient d'une chéloïde. Aussi conseillons-nous des aiguilles très fines et du crin très fin, et chaque fois que ce sera possible, la suture intra-dermique. Les points de suture doivent être laissés très peu de temps, Milton les enlève après quatre jours.

La question du drain est très importante. Chaque fois qu'un drain a dû être mis, et seulement pour les ganglions supprimés, il doit être enlevé au premier pansement et ne jamais être réintroduit. Dans ce dernier cas on infecte secondairement la plaie, on a une suppuration qui peut être très légère, mais qui laisse le trajet du drain pendant quelque temps fistuleux, bourgeonnant au lieu d'avoir une réunion par première intention complète. Théoriquement on ne devrait pas infecter la plaie en réintroduisant le drain, mais comme les pansements ultérieurs sont faits par les élèves, il faut supprimer les causes d'infection possible. Neve ne draine qu'avec quelques fils de soie qu'il laisse seulement quelques jours. Pour Trèves, il ne

faut pas mettre de drain ou ne le laisser que 24 à 48 heures. Milton est du même avis.

La question du pansement est importante : il doit être assez serré pour qu'il n'existe pas de clapiers, de points morts dans la plaie, et afin que l'enfant, dans ses mouvements, ne découvre pas sa plaie. Milton obtient l'immobilisation en fléchissant le bras des enfants sur la tête et en l'attachant dans cette position avec des courroies. C'est une position un peu pénible, et un bandage bien appliqué, prenant la tête, le cou, la partie supérieure du thorax en passant sous les bras, donne une immobilisation parfaite quand il s'agit des ganglions cervicaux.

Dans les jours qui suivent, on laissera le pansement en place, s'il n'est pas traversé extérieurement par le suintement sanguin, ce qui n'est pas rare, surtout après badigeonnage à l'eau phéniquée ou au chlorure de zinc. Dans ce cas on changera toutes les pièces extérieures du pansement jusqu'à, exclusivement, la gaze recouvrant directement la plaie.

La température peut s'élever après l'opération à 38° pendant deux ou trois jours. Ceci ne doit faire préjuger en rien la suppuration et une température de 38° est très fréquente chez les enfants après un traumatisme, une fracture simple, par exemple, une cure radicale de hernie sans qu'il y ait la moindre complication du côté du champ opératoire.

Quand la guérison a lieu par première intention, les malades peuvent quitter l'hôpital au bout de quinze jours, souvent on a des suppurations secondaires parce qu'on renvoie les enfants après l'ablation des points de suture ou même parce qu'ils rentrent chez eux le lendemain de l'opération. Comme la plupart sont dans des conditions déplorables, il défont leurs pansements, glissent leurs doigts malpropres entre la plaie et la ouate, ou se souillent d'urine et de matières fécales.

Aussi dans ces cas a-t-on souvent des suppurations secondaires, soit que la plaie réunie se désunisse partiellement ou en entier, soit que quelques points superficiels seulement sup-

purent. Si trop longtemps des bourgeons charnus persistent en ces points, retardant la cicatrisation complète, un coup de curette en aura plus vite raison que de multiples attouchements au nitrate d'argent.

MORTALITÉ OPÉRATOIRE ET RÉCIDIVES

Neve a fait 68 extirpations de 7 à 40 ans. Mort : 0.

Milton 1000 — de 10 à 20 ans pour la plupart.

5 morts. . $\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ d'hémorrhagie secondaire de la carotide externe.} \\ 1 \text{ de défaillance du cœur après section du pneumogastrique.} \\ 3 \text{ de choc et d'épuisement.} \end{array} \right.$

Les autres sont sortis guéris, mais il est difficile de se former une opinion sur le pour cent des cas de récurrence.

Bruhn rapporte 40 cas d'extirpation. Depuis l'opération il s'est écoulé de 2 ans 1/4 à 3 ans.

Guérisons complètes.....	28
— incomplètes.....	8
C'est-à-dire récurrences dans des ganglions voisins ..	4

parmi lesquels deux furent de nouveau opérés et guéris.

Affections ganglionnaires consécutives en dehors de la région opérée.....	3
--	---

desquels deux après opération ont été définitivement guéris.

Maladies dans les articulations, les poumons.....	1
Morts	4
Suite opératoire	0
Tuberculose osseuse.....	1
Tuberculose pulmonaire	3

Wohlgemuth rapporte 297 cas dont 130 non opérés. Les

autres ont été soumis à une opération plus ou moins sanglante.

Extirpation totale	78
Incision et curettage.	89
Total.	167

Jamais de mort opératoire, ni avec curette, ni par extirpation.
Pas d'infection miliaire aiguë après l'opération.

De ces 127 enfants (au-dessous de 10 ans), les uns sont revenus à la clinique, des autres il en a eu des nouvelles, dont 46 non opérés, 36 incisés et curettés, 45 extirpés.

Des 127, 6 morts.	1 : tuberculose méningée (non opéré).
	2 : diphtérie.
	2 : phtisie.
	1 : cause inconnue.

Deux avaient 1 an 1/2, le troisième 6 ans.

Restés guéris sans opérations.	11	24 %
Après une première incision et curettage	17	63.9 %
Après une première extirpation.	26	70.5 %
Après opération pour récurrence	d'incisés. 6	
	d'extirpés 7	

Améliorés :

Non opérés	17
Incisés curettés	10
Extirpés.	10

Haëhl (1) a colligé 104 observations émanant de la clinique du professeur Lücke (de Strasbourg) et représentant la série des extirpations ganglionnaires du cou pour adénopathies tuberculeuses pratiquées pendant une période de dix ans; de 1880 à 1890. Ce qui constitue l'intérêt de son mémoire c'est qu'il a retrouvé tous ces opérés, sauf 30.

Guérisons totales sans récurrence	65 %
Guérisons incomplètes	13 %
Morts	22 %

Ces morts relèvent presque toutes de la tuberculose généralisée et sont survenues à une époque variable après l'opération sans lui être attribuables.

(1) Haëhl. Deutsche Zeitsch. f. Chirurg., XXXV, 3, 4, 1892.

Donc mortalité opératoire, 0.

Ce chiffre de 65 % est supérieur à la moyenne obtenue dans d'autres cliniques ; à Bonn, à Breslau, à Vienne. Voici ce que donnent les statistiques relevées par l'auteur :

A Bonn, sur 37 cas .	62 % guérisons complètes.
Extirpation	27 % guérisons incomplètes.
—	11 % morts.
A Vienne sur 49 cas .	24 % guérisons complètes.
—	18 % incomplètes.
—	10 % morts.
A Breslau, sur 92 cas.	35 % guérisons complètes.
—	48 % récidives.
—	18 % morts.

Dans ces trois derniers cas nous ne connaissons pas ce qui revient à la mortalité opératoire et post opératoire.

	NOMBRE	SUCCÈS	Récidives	Morts
Riedel, 1 ^{re} statistique (Deutsche Zeitsch. für, Chirurg. Bd. XV.)	13	5 (malades suivis de 75 à 81).	6	3
Riedel, 2 ^e statistique	17	10 (suivis de 3 à 6 ans)	6	3
Krisch (thèse de Breslau) 1883.	92	32	14	16
Bajolr (thèse de Wurtzburg) 1885	30	11	19	1
Schnell (thèse de Bonn) 1885	37	23	10	4
Grünfeld (Prager Zeitsch. für Heilk.) 1885, p. 191	150 (58 suivis)	41	9	8

Nous citons ces statistiques pour mémoire, car elles sont insuffisantes. Il fallait indiquer l'état des ganglions à l'opération, la cause de mort opératoire ultérieure due à une affection surajoutée ou existant déjà au moment de l'opération.

Quoique bien imparfaites ces statistiques nous encouragent cependant à faire l'extirpation. Nous donnons exclusivement les observations des malades que nous avons vus à Trousseau. Nous aurions pu embellir notre statistique en citant des faits que nous ont rapportés oralement nos maîtres MM. Lannelongue et Quénu, et entre les mains desquels l'extirpation

a donné de brillants résultats, mais nous avons voulu nous borner exclusivement aux malades que nous avons pu suivre.

Les malades dont nous rapportons ici les observations inédites se répartissent de la façon suivante :

Age : de 00 à 10 ans
 de 10 ans 1/2 à 15 ans
 de 15 ans 1/2 à 20 ans
 de 21 ans et au-dessus

Ce qui donne un total de 95 malades avec plus de cent interventions.

Dans 38 cas les ganglions étaient fistuleux, dans 35 suppurés.

Ce qui fait un total de 73 cas de ganglions suppurés.

Dans 14 cas ils n'étaient qu'hypertrophiés ou caséux.

Dans 8 cas seulement l'état du ganglion n'est pas décrit.

Nous avons pu retrouver 54 malades traités par l'extirpation. En bloc 21 ont une récurrence légère et un une récurrence généralisée.

Mais si nous considérons que certains de ces malades avaient à leur entrée à l'hôpital des adénopathies dans deux, trois ou quatre régions différentes, qu'ils ont dû subir deux, trois, quatre séances d'extirpation, une pour chaque région, si l'un quelconque de ces malades a de la récurrence dans un des points opérés et pas du tout dans les autres, en le comptant comme récurrence dans notre total nous avons donné le maximum des mauvais résultats.

Examinons le tableau général de tous les malades revus, présentant une récurrence.

VII. G., 11 ans. Op. début 92. G. axil. gauch. caséux. État parfait.

— avril 93. G. axil. droits hypertr. Id.

Janv. 95.

-- début 92. Cerv. gauch. caséux. Pas récid. q. q. p. chéloïd.

Janv. 94. Cerv. dr. ets.-maxil. caséux. Légère récurrence.

La légère récurrence en un point est due à de l'eczéma impétigineux de l'oreille.

VIII. G., 5 ans. Sous-maxil. sous-ment. supp. Op. 4 mai 94. R. 18 oct. 94. B. cic.

Un g. sous-mental comme une noisette.

- X. G., 8 ans. Stern.-mas. fist. Op. 6 juin 93. Un gangl. com. pois dur.
R. 14 oct. 94. B. cic.
- Sus-clavic. fist. Op. 1^{er} oct. 93. Pas de récédive.
- XIV. F., 8 ans. Axil. supp. Op. 4 avr. 93. R. oct. 94. B. cic. Pas de récéd. Les gangl.
cerv. ont continué à évoluer. Op. nécessaire.
- XVII. F., 5 ans 1/2. Sous-maxil. fist. Op. 24 juin 94. R. oct. 94. La mère dit qu'il
existe une petite grosseur dans la région
opérée.
- XIX. F., 13 ans. Stern.-mas. fist. Op. 25 mai 94. R. 14 janv. 95. Trois gangl. comme
noisette, mobiles.
- Stern.-mast. droits supp. Op. 4 juin 94. B. cic. Pas de récédive
XX. F., 4 ans. R. nov. 94.
- Stern.-mast. gauch. supp. Op. 26 juill. 94. B. cic. Petit gang. sous
lobule de l'oreille.
- XXI. G., 9 ans. Stern.-mast. supp. Op. 31 mai 94. B. cic. Pas de récéd. locale. Un
gangl. à l'angle du maxil., comme une
noisette.
- XXII. G., 14 ans. Stern.-mast. supp. Op. 20 mars 94. R. 23 oct. 94. Cic. en fer à
cheval. enc. rouge. Un gangl. préauric.,
un sous-maxil., un parot. (tous grosseur
d'un haricot).
- XXIII. G., 12 ans 1/2. Stern.-mast. supp. Op. 14 juin 94. R. nov. 94. B. cic. Un gangl.
comme un pois.
- XXV. H., 21 ans. Sus-clav. supp. Op. 13 mars 94. R. 19 mars 94. B. cic. Pas récéd. v.
Les gangl. carot. du côté opp. ont cont.
à évoluer.
- XXXVIII. G., 13 ans. Cerv. fist. Op. 18 déc. 93. R. nov. 94. Cic. à peu près blanche.
Pas récéd. Un gangl. de l'autre côté des
rég. stern.-mast. gros comme amande,
suppuré, qui existait déjà au moment de
l'opération.
- XLIII. G., 8 ans. Ing. fist. Op. 6 mai 94. R. janv. 95. Cic. très chéloïde. Pas récéd.
locale. Dans la rég. ing. non opérée deux
petits gangl. qui exist. déjà.
- LII. G., 14 ans. Stern.-mast. fist. Op. 26 avril 94. R. 27 oct. 94. Cic. enc. rouge. Un
gangl. comme noisette et ulcération de
un centim. au niveau de la cicatrice.

LIV. F., 13 ans. Stern.-mast. supp. Op. 19 sept. 93. R. oct. 94. La mère dit qu'un gangl. a reparu sous l'ancienne incision.

LV. G., 4 ans 1/2. Cerv. supp. Op. 26 déc. 93. Rev. oct. 94. Cic. rouge. Un petit gangl. dans la rég. op. De l'autre côté, trois petits gangl. qui av. disparu après l'op. et augmentent légèrement. Un est supp. au-dessous du lobule de l'oreille.

LVI. G., 14 ans. Sous-maxil. hypert. Op. 5 août 92. R. oct. 94. Cic. un peu chéloïd. Un gangl. comme petite noix.

LVIII. G., 8 ans. Cerv. fist. Op. 17 mars 93. R. oct. 94. Deux gangl. supp. dans le voisinage.

LX. G., 9 ans. Sous-maxil. fist. Op. 14 juin 94. R. 13 oct. 94. Chéloïde. Deux gangl. comme un pois,

LXVI. F., 11 ans. Stern.-mast. supp. Op. 28 janv. 94. R. 12 janvier 95. Bel. cic. Un petit gangl. sans cicatrice.

LXIX. G., 9 ans. Sous-ment. supp. Op. en mars 93 et 94. R. janv. 95. Légère chéloïd. Gangl. comme pois, dur.

En lisant ce résumé ou en se reportant aux observations on verra que nous n'avons en réalité que 16 récurrences locales et légères, dont une d'elles est due à de l'eczéma impétigineux de l'oreille (obs. VII).

Nous avons en outre une récurrence dans une région voisine de celle opérée, XXI, et dont le ganglion existait déjà au moment de la première intervention.

Dans les 4 autres cas, il n'y a aucune récurrence locale (ob. XIV, XXV, XXXVIII, XLIII), mais des ganglions qui existaient au moment de l'opération et dans une autre région ont continué à évoluer.

Enfin il y a un cas (ob. II) de généralisation sans récurrence locale. Ce qui fait bien en bloc 22.

Il nous semble inutile de résumer en tableau les observations des autres malades revus sans récurrence. Nous allons citer le numéro de leurs observations afin qu'on puisse s'y reporter.

III. IV. V. IX. XI. XII. XIII. XV. XVI. XVIII. XXVI. XXXV. XXXVI. XXXVI. XLI. XLII. XLVII. XLVIII. XLIX. L. LI. LIII. LVII. LIX. LXI. LXII. LXIII. LXIV. LXV. LXVII. LXVIII. LXX.

Parmi ces derniers malades nous citerons le n° XLVII, qui présente de la bronchite chronique avec une respiration rude aux sommets, sans râles.

Si nous comparons le nombre des récidives au nombre des régions différentes opérées, nous trouvons 63 extirpations avec un total de 22 récidives, ou plutôt de 16 récidives locales seulement, puisque dans cinq cas les ganglions que nous constatons étaient déjà présents lors de la première intervention, le sixième étant un cas de généralisation.

Ces cas se répartissent ainsi au point de vue de l'état du ganglion.

Parmi les récidives il y a eu d'opérées :

9 régions avec ganglions fistuleux.

12 régions avec ganglions suppurés.

6 régions avec ganglions hypertrophiés ou caséux.

Parmi les cas de non récidives il y a eu d'opérées :

20 régions avec ganglions fistuleux.

9 régions avec ganglions suppurés.

7 régions avec ganglions hypertrophiés ou caséux.

La majorité de nos opérés a donc subi une intervention pour adénopathie suppurée ou fistuleuse avec des résultats aussi satisfaisants que s'il y avait eu simplement hypertrophie.

Dans les cas où la récidive locale est légère on peut attendre si le ou les ganglions de nouveau apparus tendent à disparaître. S'ils s'éternisent, tendent à augmenter ou se ramollissent, une nouvelle intervention, en rouvrant l'ancienne cicatrice, devient nécessaire. Un de nos malades a dû ainsi subir, pour arriver à la guérison parfaite, plusieurs interventions.

Deux autres, les n°s XLII et LVIX, ont subi chacun deux interventions et sont aujourd'hui radicalement guéris.

Si la récédive survient c'est que sans doute on n'a pas mis un soin suffisant soit à enlever des ganglions qui paraissent encore trop petits, soit à les chercher dans la profondeur et notamment pour les adénopathies cervicales nous avons vu souvent notre maître M. Broca aller jusque contre la colonne cervicale. Il ne faut pas croire que les extirpations partielles suffisent, car si Richelot (1) a fait dans le courant de 1885 une extirpation partielle des masses ganglionnaires du cou et a obtenu un résultat tel que les ganglions qu'il n'avait pas extirpés ont disparu, il n'en est presque jamais ainsi, et l'extirpation, suivant les excellents préceptes de notre maître M. le Professeur Lannelongue, doit être radicale, et elle peut l'être, contrairement à ce que disent ceux qui la croient forcément incomplète et insuffisante. (Chauvel (2), Iscovesco (3).

(1) Gazette hebdomad. de méd. et de chirurg. 11 février 1886.

(2) Soc. de Chirurgie, 1884, page 160 et suiv.

(3) Annales de la tuberculose, mai 1889.

MALADES REVUS

LIII. — B., Victor, 14 ans.

Adénopathie tuberculeuse cervicale bilatérale, suppurée avec fistule

AH. — Père mort tuberculeux. Mère et frère de 18 ans en bonne santé.

AP. — Rougeole à 4 ans. Variole à 4 ans 1/2. A 18 mois bronchite. A toujours été maladif. En 1892 la mère constata une légère grosseur au-dessous du menton, puis trois ou quatre apparurent à la suite et continuèrent à progresser. Vers le mois de février un d'eux s'est ouvert spontanément et est resté fistuleux.

État local en avril 1894. Quatre gros ganglions principaux. Un allongé, induré à l'angle de la mâchoire à droite. Du même côté une cicatrice sous-maxillaire au milieu de laquelle est une ulcération large comme une pièce de deux francs avec hernie du ganglion. A gauche, un sous maxillaire induré, un sous-mental avec abcès superficiel non ouvert comme une grosse noix.

Assez bon état général, appétit conservé.

Opéré à Trousseau le 20 avril 1894. Incision sous-mentale allant d'une région sous-maxillaire à l'autre. Dissection de l'abcès enlevé en totalité, du ganglion suppuré, du trajet fistuleux. On peut voir dans la plaie la glande sous-maxillaire gauche entre laquelle et le maxillaire sont enlevés trois ganglions volumineux. Drain. Sutures.

Réunion par première intention.

Revu le 4 novembre 1894. Cicatrice transversale, rose, chéloïdienne tendant à plutôt à diminuer. Complètement dissimulée dans l'attitude normale de la tête. Le résultat esthétique ne serait pas suffisant dans une région plus apparente. Un ganglion à la région sterno-mastoïdienne moyenne gauche, gros comme une noisette, mobile, dur, ayant diminué depuis l'opération.

Très bon état général, mange bien, se porte mieux depuis qu'il a été opéré. Ne tousse pas.

Cicatrice d'un ancien abcès de nature (?) à la jambe gauche, partie postérieure, et d'une adénite suppurée de l'aîne guérie depuis longtemps.

Louise C. . , 13 ans.

Adénopathie sterno-mastoïdienne gauche suppurée.

AH. — Nuls.

AP. — La mère remarque dès l'enfance de petits ganglions dans les régions cervicales. Vers l'âge de 3 ou 4 ans, impetigo de la face, et conjonctivite phlycténulaire. Rougeole à huit ans. Les ganglions deviennent alors plus gros (région carotidienne gauche). En 1891, les ganglions ramollis sont incisés par un médecin. Suppuration pendant plusieurs mois. Cinq mois après, deuxième incision qui reste fistuleuse pendant quelques mois, puis se ferme. Consulte à Trousseau en septembre 1893, Dans la région carotidienne gauche, deux cicatrices chéloïdiennes. sinueuses, de 4 à 5 cent. Au palper, un gros ganglion comme un œuf de pigeon, mobile, non adhérent à la peau dans la région sus-hyoïdienne gauche. Incision de 3 cent., énucléation aux ciseaux d'un ganglion caséux et d'une dizaine de petits (le 19 septembre 1893).

Revue guérie le 25 octobre 1893.

Nous avons vu la mère fin octobre 1894. Elle nous dit que depuis 5 à 6 mois un ganglion a reparu sous l'ancienne incision. Il est gros comme une noix avec un petit point fistuleux au-dessus. L'enfant est en pension hors Paris. Reviendra se faire opérer.

LV. — P. . . Gerson, 4 ans 1/2.

Adénopathie tuberculeuse parotidienne gauche suppurée avec fistules.

AH. — Nuls.

AP. — Pas de maladies antérieures. Il y a huit mois est tombé sur le front, plaie longue à se cicatriser. Il y a 6 mois hypertrophie des ganglions du cou, qui s'est accusée peu à peu.

Consulte à Trousseau en décembre 1893. Il existe sous le lobule de l'oreille gauche une petite ulcération sous laquelle est un ganglion gros comme une noisette. Au-devant du tragus la peau est décollée sur une longueur de 3 cent. et une largeur de 1/2 cent.

Opéré le 26 décembre 1893. Une incision circonscrit la fistule et le décollement, longue d'environ 5 cent. Enucléation du ganglion inférieur parotidien. Extirpation de la poche superficielle supérieure qui conduit dans la parotide à un ganglion profond qui est curetté. On met un drain dans ce pertuis. Sutures.

Le 2 janvier, ablation des fils. Réunion, puis désunion. Guérison seulement le 18 janvier. Pas de paralysie faciale.

Tuberculose testiculaire droite. Noyau dans la tête de l'épididyme. Un peu de douleur à la pression.

En mars 1894. Impetigo de la face.

Revu fin octobre 1894. La cicatrice est rouge. Il y a un ganglion gros comme une noisette dans la région sterno-mastoïdienne supérieure.

A droite il avait un ganglion sous-maxillaire très gros qui a disparu après l'opération. Depuis trois mois ces ganglions reparaissent : il y en a trois de la grosseur d'une noisette qui augmentent lentement.

Depuis trois semaines, en avant de l'oreille droite, un ganglion apparu il y a 4 mois, est devenu fluctuant. La peau est rouge à ce niveau.

LVI. — Gaston C..., 14 ans.

Adénopathie tuberculeuse sous-maxillaire gauche non suppurée

AH. — Père tuberculeux. Mère bien portante.

AP. — Bronchite à 7 ans

Début. On constate, en 1886, dans la région sous-maxillaire gauche une petite grosseur mobile qui augmente peu à peu.

Traitements antérieurs : Huile de foie de morue tous les hivers.

En juin 1891. Injection de naphthol camphré dans le tissu du ganglion. Huit jours après une seconde. Quinze jours : une troisième. Un mois : une quatrième.

Entré à Trousseau le 3 août 1892. Sous l'influence des injections le ganglion diminua un peu de volume. Il est toujours été indolent. Il est actuellement mobile, du volume d'une grosse noix, circonscrit, sans adhérence à la peau.

Opéré le 5 août 1892. Ganglion encapsulé facilement énucléable.

Réunion par première intention sans drainage. Sort guéri le 11 août 1892.

Revu en octobre 1894. Cicatrice linéaire sous-maxillaire un peu chéloïdienne. Il existe un ganglion comme une petite noix, indolent, mobile. Rien ailleurs. Bon état général.

LVII. — Eugénie J..., 12 ans 1/2.

Adénopathie non suppurée de la région sterno-mastoïdienne gauche.

AH. — Mère bien portante. Père mort il y a onze ans de tuberculose pulmonaire. Une sœur en bonne santé. Une morte de diphtérie.

AP. — Maladies antérieures : Rougeole. Kératite phlycténulaire ayant laissé deux petites taies sur les cornées.

Les ganglions ont apparu vers mai ou juin 1893, sans douleur. Un médecin ordonne l'huile de foie de morue.

Entre à Trousseau le 16 juillet 1894.

On constate à gauche, dans la région rétro-auriculaire et derrière l'angle de la mâchoire, une masse ganglionnaire du volume d'un petit œuf, sans fluctuation. La peau est normale au devant des ganglions qui adhèrent profondément. Etat général bon.

Opération le 16 juillet 1894. Incision partant de l'apophyse mastoïde longue de 9 cent. parallèle au sterno-mastoïdien. Dissection aux ciseaux courbes des ganglions très adhérents de toute part et s'enfonçant profondément au-dessous des insertions supérieures du sterno-mastoïdien. Drainage. Sutures.

Réunion par première intention.

Malade revue le 27 octobre 1894. Cicatrice non chéloïdienne. Commencant à disparaître, encore indiquée par un fil rouge.

Nul ganglion dans la région, ni ailleurs. Ne tousse pas. Etat général bon.

LVIII. — D..., Arsène, 8 ans.

Adénopathie cervicale gauche suppurée, sans fistule.

Hérédité nulle. Antécédents personnels bons.

L'adénopathie cervicale a débuté en 1891.

Opéré à Trousseau le 17 mars 1893. Extirpation de plusieurs ganglions dont un s'est rompu pendant la dissection. Réunion sans drainage. 27 mars : ablation des fils. Sorti guéri le 2 avril.

L'enfant est actuellement à Berck. M^{lle} Bouët, interne à l'hôpital Maritime, nous a envoyé les renseignements suivants : (29 octobre 94). Se porte très bien. L'état général a beaucoup bénéficié du séjour au bord de la mer. Bon appétit. La cicatrice est fort belle, ni rouge, ni chéloïdienne. Les fils ont à peine marqué.

Il reste plusieurs ganglions dans le voisinage : un à l'extrémité supérieure de la cicatrice tend à devenir fluctuant ; un second à un centim. en dedans, gros comme une petite noix : la peau est altérée à son centre et il tend à s'ouvrir.

LIX. — Charlotte G..., 6 ans.

Ganglion tuberculeux sous-mental, médian, suppuré, non ouvert.

AH. — Père, mère, bien portants. Cinq enfants en bonne santé.

AP. — Nulle maladie antérieure.

Le ganglion a été constaté en septembre 1893. Depuis il a un peu grossi. Vient à Trousseau en octobre 1893. Dans la région sous-mentale existe un ganglion gros comme une noix, ramolli au centre, ne se déplaçant pas sur les parties profondes. Peau rouge non ulcérée.

Opérée 31 octobre 1893. Incision transversale parallèle aux plis de la peau. Dissection du ganglion qui est enlevé en entier malgré sa rupture immédiate après incision de la peau. Suture sans drainage.

Réunion par première intention.

Malade revue le 13 octobre 1894. Va très bien. Ne tousse pas.

Cicatrice de 2 cent. environ, blanche, non apparente, sans tendance chéloïdienne. Nulle adénopathie dans cette région ni ailleurs.

LX. — Louis C..., 9 ans.

Ganglions sous-maxillaires à droite avec fistules.

AH. — Père et mère bien portants. Six enfants : un mort de rougeole, un autre de cause inconnue (à 3 ans sans avoir marché). Deux rachitiques, dont un ostéotomisé.

AP. — Aucune maladie antérieure,

Les ganglions sous-maxillaires à droite datent de trois mois. L'enfant a eu des dents cariées de ce côté et qui furent enlevées. Les ganglions, dit la mère, ont été remarqués à ce moment. Ils s'ouvrirent spontanément, et pendant deux mois furent pansés au dispensaire sans résultat autre qu'une suppuration abondante.

Vient à Trousseau en juin 1894. Il existe deux trajets fistuleux aboutissant l'un au tiers antérieur, l'autre au tiers postérieur de la région sous-maxillaire. Peau rouge, adhérente aux ganglions, qui au nombre de deux, sont gros comme une noisette à la face interne du maxillaire vers l'angle de la mâchoire.

Opéré le 14 juin 1894. Extirpation. Chlorure de zinc. Drainage avec une mèche de gaze iodoformée. Sutures.

9 juillet. Guérison.

Malade revu le 13 octobre 1894. Malade d'aspect lymphatique. Ne tousse pas.

Cicatrice de 4 centimètres environ, rouge, formant un bourrelet de 2 millimètres sur la peau : tendance chéloïdienne. Deux petits ganglions, très durs, comme un petit pois, peuvent être sentis dans cette région et dans la région sterno-mastoïdienne gauche.

Nous conseillons l'huile de foie de morue.

LXI. — Henri D..., 11 ans et demi.

Adénopathie tuberculeuse parotidienne gauche, avec fistule.

AH. — Mère bien portante. Père tuberculeux.

Sœur de huit ans bien portante.

AP. — Rougeole et croup à trois ans.

Ses ganglions ont apparu en décembre 1891, sans cause connue, avec douleur, et ont acquis en huit jours le volume du poing.

Ils ont diminué, sont restés gros comme un œuf de poule.

Vient à Trouseau en mars 1893.

Il existe à la partie inférieure de la région parotidienne, descendant au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur deux masses adhérentes à la peau et aux tissus environnants. Il y a un trajet fistuleux consécutif à une ouverture qui s'est faite spontanément il y a trois mois.

Opéré le 12 mars 1893. — Extirpation, drainage, suture. Fils enlevés le 19. — Réunion.

Malade revu le 13 octobre 1894. — Depuis son opération l'état général est beaucoup amélioré. Ne tousse pas.

Localement la cicatrice curviligne, longue de trois centimètres, est encore rouge, à tendance chéloïdienne.

Nul ganglion perceptible dans cette région, ni ailleurs.

LXII. — D. de V., 11 ans.

Ganglions sterno mastoïdiens gauches suppurés non ouverts

AH. — Parents bien portants. Oncle mort tuberculeux.

AP. — Rougeole à 6 ans, bronchite à 8 ans.

En juin 1892, la mère remarqua que l'enfant avait deux petites grosseurs dans la région parotidienne gauche. Elle suivit un traitement général fortifiant (quinquina, fer, huile de foie de morue). Pendant un séjour qu'elle fit en Suisse les grosseurs augmentèrent progressivement. En mars 1893 une tumeur remplissait toute la région parotidienne sans phénomènes douloureux. Le 15 avril 1893 elle fut incisée. Après trois semaines de pansements l'incision était cicatrisée. En octobre la région recommença à grossir pour atteindre en janvier 1894 le volume d'une grosse noix. A cette époque il existe dans la région sterno-mastoïdienne supérieur un paquet ganglionnaire du volume indiqué, surmonté d'une bosselure fluctuante.

Opérée le 16 janvier 1894. Extirpation des ganglions suppurés au nombre de six. Drainage.

28 janvier. Réunion par première intention. Drain et suture sont enlevés. Deux jours après, tout pansement est supprimé. Revue le 14 octobre 1894. Grande fille en bonne santé. Va très bien depuis l'opération. A passé l'été aux bains de mer.

Localement la cicatrice parallèle au sterno-mastoïdien tend à disparaître. Rose en bas, blanche au milieu et plus rouge à la partie supérieure, elle a environ trois centimètres. Aucune tendance chéloïdienne Rien ailleurs. Ne tousse pas.

LXIII. — F..., Victor, 13 ans.

Ganglion sous-maxillaire droit suppuré non ouvert.

AH. Parents bien portants. Ni frère ni sœur.

AP. Fièvre typhoïde.

Début du ganglion en décembre 1892. Traité sans succès par iode, pommades, etc. Vient à Trousseau en mai 1893.

Le ganglion sous-maxillaire droit est comme une grosse noix, ramolli au centre. Peau amincie et rouge à ce niveau. Situé à l'angle du maxillaire derrière lequel il s'enfonce. La pression est un peu douloureuse.

Opéré le 23 mai 1893. Poche sous cutanée curettée d'abord. Ensuite débridement aponévrotique qui permet d'arriver sur le ganglion qu'on extirpe. Chlorure de zinc. Drainage. Sutures.

31 mai. Drain. et sutures enlevés. Réunion par première intention.

11 Juin sort complètement guéri.

Revu le 12 octobre 1894. Garçon d'aspect lymphatique. Bien portant actuellement. Quelques ulcérations impétigineuses dans la narine gauche.

Localement une partie de la cicatrice forme une surface de un demi centimètre carré blanche mais plus élevée que la peau voisine. Pas de tendance à la chéloïde. Pas d'autres ganglions. Ne tousse pas.

LXIV. — Marie H..., 6 ans.

Ganglion tuberculeux épitrochléen droit suppuré avec fistule.

Lupus de la cuisse droite.

AH. — Parents bien portants. Deux sœurs en bonne santé. Une est rachitique (genu valgum double très accentué).

AP. — Deux lésions tuberculeuses se sont développées chez l'enfant à peu près simultanément : Un lupus à la face postérieure de la partie moyenne de la cuisse droite. Un ganglion épitrochléen droit. L'enfant avait alors deux ans. On lui fit prendre de l'huile de foie de morue et à Tenon on incisa le ganglion qui resta fistuleux avec suppuration pendant quatre ans.

Opérée à Trousseau le 2 mai 1893. Extirpation du ganglion et du trajet fistuleux. Le lupus est enlevé par deux incisions elliptiques au niveau de la peau saine. Ablation d'une surface large comme une pièce de 5 francs.

Au coude réunion par première intention. A la cuisse, un fil suppura et nécessita l'ablation des autres. La plaie se réunit par seconde intention.

Revue le 17 octobre 1894. Cicatrice du lupus large, non chéloïdienne, pas de récédive.

Cicatrice épitrochléenne linéaire. Pas de ganglions ni dans cette région, ni dans l'aisselle, ni ailleurs.

Depuis trois mois est apparu à la face antérieure de l'avant-bras, au tiers inférieur, un lupus gros comme une pièce de 50 cent. qui augmente lentement.

Enfant pâle, chétive. Tousse un peu de temps à autre. L'auscultation ne fait pas constater de lésion pulmonaire.

LXV. — P..., Léontine, 5 ans.

Ganglions tuberculeux épitrochléens gauches non suppurés.

AH. — Parents bien portants. Trois enfants en bonne santé.

AP. — A eu la rougeole et la variole.

Les ganglions situés dans la région épitrochléenne ont apparu sans cause connue. La mère les a constatés en mai 1893.

Depuis cette époque jusqu'à l'opération ils n'ont pas grossi. Vient à Trousseau sur les conseils du médecin du dispensaire.

Opérée le 9 juin 1893. Extirpation de deux gros ganglions non suppurés. Suture et réunion par première intention.

Revue le 17 octobre 1894. Belle cicatrice. Nul ganglion dans la région épitrochléenne, ni dans l'aisselle, ni ailleurs. Enfant pâle, ne tousse pas.

LXVI. — Augustine T..., 11 ans.

Ganglions sterno-mastoïdiens gauches, dont un suppuré.

AH. — Père mort tuberculeux. Mère et sœur bien portantes.

AP. — Gourme dans l'enfance. En 1891, à la suite de gourme, les ganglions cervicaux gauches se prirent et augmentèrent rapidement. On la traita par l'huile de foie de morue. Les ganglions diminuèrent sans disparaître complètement, puis augmentèrent de nouveau. On la traita encore par l'huile de foie de morue. Cependant l'adénopathie devenait plus volumineuse et l'ablation fut décidée.

Opérée à Trousseau le 28 janvier 1894. Paquet volumineux dans la région carotidienne gauche. Un des ganglions est suppuré, non ouvert.

Revue le 12 janvier 1895. Cicatrice rose pâle, très souple, n'adhérant pas à la profondeur. Un point chéloïdien à la partie supérieure. On sent un petit ganglion comme une amande au-dessous de la cicatrice.

LXVII. — C..., Louis, 9 ans.

Ganglions cervicaux gauches.

A eu autrefois des ganglions cervicaux droits qui ont disparu.
À gauche ils se montrèrent nombreux et il fallut se décider à les enlever. Date exacte de leur durée (?).

Opéré le 7 juillet 1893 à Trousseau. Guérison par première intention.
Revu le 14 janvier 1895. Cicatrice un peu surélevée. Pas de récurrence.

LXVIII. — Marcel D..., 15 ans.

Opéré antérieurement par M. Jalaguier.

Opéré de nouveau à Trousseau par M. Broca pour adénopathie tuberculeuse axillaire gauche, le 11 juin 1893. Pas de renseignements sur la durée des ganglions ni sur l'opération.

Revu le 8 décembre 1894. Au niveau de l'aisselle gauche, cicatrice cruciale longue de 8 centim. sur 6 centim. Peau souple. Nul ganglion perceptible.

Au niveau de la neuvième côte du même côté, cicatrice adhérente longue de 12 centim., pas de fistule (opération de M. Jalaguier).

LXIX. — Désiré P..., 8 ans.

Adénopathie tuberculeuse sous-mentale suppurée

AH. — Père bacillaire. Mère bien portante. Un frère bien portant. Trois sœurs dont deux en bonne santé, une morte de méningite.

AP. — Pas de maladie antérieure. Opéré en mars 1893 par M. Broca pour ganglions sous-mentaux gros comme une noisette, datant de six mois. Ces ganglions suppurés furent extirpés. Réunion par première intention. Fut opéré une seconde fois pour un ganglion dans la même région en mars 1894, par M. Broca.

Revu en janvier 1895. Les cicatrices sont légèrement chéloïdiennes. À l'angle du maxillaire droit il y a un ganglion comme un pois, dur, mobile, dont la mère ne connaît pas la date d'apparition. — Etat général très bon.

LXX. — Victor D..., 13 ans.

Adénopathie cervicale droite.

AH. — Parents, 4 frères, 2 sœurs en bonne santé.

AP. — Convulsions dans l'enfance. Croup à 2 ans. Rougeole à 4 ans.

Bronchite de longue durée à 8 ans. Il y a deux ans (1892), ganglions sous-maxillaires opérés par M. Péan. A la suite suppuration abondante. Depuis 1892 ganglions sous-mentaux qui ont augmenté rapidement, ont disparu momentanément après un séjour à la campagne et augmentent progressivement depuis octobre 1893.

Etat à son entrée à Trousseau 23 avril 1894 :

Dans la région sous-mentale gauche amas de ganglions volumineux s'étendant jusqu'au maxillaire inférieur, jusqu'à l'os hyoïde, dépassant la ligne médiane pour envahir la région sus-hyoïdienne droite. Une cicatrice non chéloïdienne est parallèle au maxillaire.

Opéré 25 avril 1894. — Incision de 6 c. Un foyer purulent adhère à l'extrémité inférieure de l'ancienne cicatrice. Extirpation de ganglions adhérents entre eux. Drain. Suture.

Le 2 mai. Bon état. — On enlève les points de suture et le drain.

Part guéri le 13 juin pour St-Pol.

M. le Docteur Harou, chirurgien de l'hôpital maritime, a bien voulu nous envoyer les renseignements suivants (janv. 1895) : Etat général bon. Etat local très bon. Cicatrice de réunion par première intention.

MALADES NON RETROUVÉS

LXXI. — J..., Blanche, 3 ans.

L'enfant présente dans la région parotidienne gauche une tumeur comme une grosse noix, au-devant du lobule de l'oreille. Peau commence à rougir au centre, mais mobile. Quelques petits ganglions cervicaux. Rien aux aisselles. Ganglions inguinaux, petits, durs, de diverses grosseurs.

18 juin 1894. Opérée à Trousseau. Extirpation du ganglion parotidien non suppuré.

26 juin. Réunion. N'a pu être revue. A changé d'adresse.

LXXII. — K... Albert, 33 ans.

Entré le 11 février 1891 à Bichat. Opéré de ganglions sous-maxillaires droits et sous-mentaux par M. Felizet. Cicatrisé.

Opéré le 15 février par M. Broca. Extirpation de trois ganglions sous-maxillaires gauches non suppurés. Réunion sans drain par première intention.

LXXIII. — C..., Eugénie, 7 ans 1/2.

Adénopathie tuberculeuse suppurée, sous-maxillaire gauche

Il existe dans la région sous-maxillaire une tuméfaction volumineuse d'aspect bouclé. A la partie moyenne la peau est rouge : normale à la périphérie. Le centre est ramolli, fluctuant. Les nodosités périphériques sont dures.

Opérée à Trousseau le 17 février 1893. Incision et grattage de l'abcès superficiel. Dissection laborieuse des ganglions aux ciseaux. Trois sont comme des noix et entourés d'une coque fibreuse adhérente. Trois de dimensions moindres s'énucléent facilement. Drain. Sutures.

23 février. Ablation des drains et des fils. Aucune suppuration.

27 février. Par l'orifice du drain sort une goutte de pus. Crayon de nitrate.

5 mars. Sort complètement guérie.

Rentre quelques jours après avec un petit abcès sous-cutané à l'orifice ancien du drain. Simplement incisé et gratté. Sort quelques temps après avec guérison parfaite.

N'a pas été revue. A quitté Paris sans laisser d'adresse.

LXXIV. — M., 18 ans, tôlier.

Adénopathie tuberculeuse sous-maxillaire avec caséification

Début il y a 5 ou 6 ans par des abcès au niveau de l'angle de la mâchoire gauche qui sont restés longtemps fistuleux et ont laissé des cicatrices. Ces ganglions étaient peu volumineux à ce moment, dit le malade : ils ont surtout augmenté depuis trois ans.

État en mars 1891. Paquet, gros comme une mandarine, de ganglions non ramollis, non empâtés, mobiles, isolables les uns des autres. Opéré à Bichat le 19 mars 1891 par M. Broca. Incision courbe à concavité supérieure partant un peu en arrière de l'angle de la mâchoire et arrivant jusque près de la symphise du menton. Extirpation de sept à huit ganglions gros en moyenne comme un marron. Quelques-uns sont ramollis, non suppurés. Chlorure de zinc. Sutures sans drain. Pansement le 26. Ablation des fils. Réunion par première intention.

LXXV. — H., Fernande, 17 ans.

Adénopathie cervicale suppurée, fistuleuse

Entrée le 7 mai à Bichat.

Opérée le 12 mai 1890 de ganglions sus-hyoïdiens médians et sous-maxillaires gauches par deux incisions.

A eu un peu de fièvre. La plaie sous-maxillaire a légèrement suppuré. Les ganglions y étaient suppurés et fistuleux.

Opérée le 17 juin pour ganglions carotidiens supérieurs gauches. Sort guérie le 15 juillet sans fistule.

LXXVI. — G..., Rose, 13 ans 1/2.

AH. — Nuls.

AP. — Pas de maladies antérieures. Début vers juillet 1892 par un gonflement des ganglions à l'angle de la mâchoire et à la région parotidienne gauche. Ouverture spontanée qui a laissé des fistules, avec auréole inflammatoire.

Opérée à Trousseau le 30 janvier 1894. Incision sous-maxillaire allant jusqu'à la parotide. Dissection aux ciseaux. Les ganglions qui s'enfoncent dans la parotide sont seulement curettés et partiellement excisés. Chlorure de zinc. Drain.

Opérée de nouveau le 30 mars. Sort entièrement guérie le 30 avril.

LXXVII. — G., Edmond, 4 ans.

Ganglions tuberculeux parotidiens, fistuleux.

AH. — Parents bien portants. Un frère mort de méningite. Un bien portant.

AP. — Rougeole et coqueluche.

Entre à Trousseau en décembre 1894. Dans la région parotidienne gauche, ganglion suppuré avec fistule et ganglion angulo-maxillaire.

15 décembre 1894. Opération. Ablation des ganglions parotidiens. Chlorure de zinc. Guérison rapide.

LXXVIII. — M., Blanche, 9 ans.

Adénopathie tuberculeuse axillaire droite

AH. — Père tousse. Mère bien portante. Deux enfants morts de méningite. Une sœur a des ganglions.

AP. — Broncho-pneumonie à 3 ans. Kératite strumeuse à 5 ans. Rougeole à 7 ans, Bronchite tuberculeuse (?) depuis février 1894. Depuis adénopathie cervicale.

Etat en novembre 1894. Dans l'aisselle droite paquet volumineux qui la remplit, descendant contre la paroi thoracique, sans empatement, ni rougeur, ni fluctuation.

Opérée à Trousseau le 22 novembre 1894. Incision de 10 c. Extirpation aux ciseaux du paquet non adhérent, du volume d'un œuf de poule. 7 ganglions en tout (caséux).

Réunion parfaite par première intention.

LXXIX. — P., Marie, 35 ans.

Adénopathie tuberculeuse sous-maxillaire suppurée et axillaire

AH. — Mère morte en couches. Père mort à 60 ans. 9 enfants dont 5 morts en bas-âge, un tuberculeux mort, un autre mort de fluxion de poitrine.

AP. — Chez elle pas de tuberculose.

Un ganglion sous-maxillaire gauche unique, comme un œuf de pigeon. Début en janvier 1891, a grossi peu à peu.

Du côté de l'aisselle un paquet comme un gros œuf de poule. Début en juillet 1891, a grossi beaucoup plus vite.

Opérée à Bichat le 24 avril 1892 par M. Broca. Le ganglion sous-

maxillaire a été crevé, les axillaires pas. Réunion. Drain. Pas de chlorure de zinc.

Pansement le 30. Réunion axillaire parfaite. Quelques bourgeons au niveau du drain sous-maxillaire. Revue entièrement guérie le 15 mai.

LXXX. — Gaston P..., 7 ans.

Opéré pour adénopathies cervicales multiples avec fistules en trois séances à Trousseau, du 9 mai au 9 novembre 1893. Sorti guéri.

LXXXI. — Charles W..., 25 ans.

Adénopathie tuberculeuse cervicale gauche ancienne avec une fistule

AH. — Nuls.

AP. — En mars 1890, étant à la grande Roquette, il lui vient de chaque côté, au niveau du sterno-mastoidien, une petite tumeur roulant sous le doigt. Les ganglions augmentèrent jusqu'à la grosseur du poing (?). Ils furent sous chloroforme incisés et grattés dans le courant de 1890 (date exacte ?). Vint se faire panser pendant deux mois.

Opéré à Bichat le 2 novembre 1890 par M. Broca. A droite il n'existe qu'une cicatrice. A gauche il y a une fistule reposant sur un gâteau ganglionnaire avec quelques petits ganglions autour.

Extirpation du trajet fistuleux et des ganglions qui sont facilement accessibles. Opération facile sans dissection de vaisseaux, ni de nerfs. Drain. Sutures.

4^e jour. Drain retiré.

7^e jour. Enlevé fils. Réunion complète.

Revu le 15 novembre entièrement guéri.

OPÉRÉS SUR LESQUELS NOUS MANQUONS DE DÉTAILS OPÉRATOIRES AVEC
BON RÉSULTAT IMMÉDIAT.

LXXXII. — Garçon, 14 ans. Ganglions cervicaux. Extirpation de plusieurs ganglions carotidiens et sous-maxillaires gauches.

LXXXIII. — Garçon, 4 ans. Adénopathie cervicale.

LXXXIV. — Garçon, 10 ans. Ganglions parotidiens.

LXXXV. — Fille, 11 ans. Ganglions carotidiens.

LXXXVI. — Garçon, 12 ans. Ganglions cervicaux.

LXXXVII. — Fille, 10 ans. Ganglions sus-hyoïdiens.

LXXXVIII. — Fille, 9 ans. Ganglions sous-maxillaires supprimés.

LXXXIX. — Fille, 14 mois. Adénopathie inguinale fistuleuse.
Une dizaine de ganglions.

XC. — Garçon, 11 ans. Sterno-mastoïdiens et parotidiens.

XCI. — Fille, 6 ans 1/2. Epitrochléens fistuleux.

XCII. — Fille, 2 ans 1/2. Ganglions parotidiens.

XCIII. — Garçon, 16 1/2. Sus-hyoïdiens suppurés.

XCIV. — Garçon, 5 ans 1/2. Inguinaux suppurés.

XCV. — Garçon, 9 ans. Sous-maxillaires fistuleux.

CONCLUSIONS

Les adénopathies strumeuses doivent être considérées comme des tuberculoses locales susceptibles d'infecter l'organisme et traitées comme telles.

La théorie de Verneuil sur la gravité des interventions chez les tuberculeux n'a pour base aucune preuve sérieuse.

Le traitement médical doit être essayé tout d'abord pour les adénopathies simplement hypertrophiées dont un grand nombre peut disparaître sans le secours de la chirurgie, soit qu'il ne s'agisse encore que d'adénopathies banales, soit que l'organisme ait pu triompher d'un bacille peu virulent.

A la suite d'une thérapeutique insuffisante ou intempestive (incision simple, révulsion, injections modificatrices, etc.), les ganglions, au lieu de disparaître, suppurent et deviennent adhérents et fistuleux.

Les injections d'iodoforme et de naphtol camphré, d'après les observations publiées par les défenseurs de ces méthodes, nous ont très exceptionnellement montré des guérisons parfaites mais seulement parfois des améliorations.

Les dangers de l'extirpation provenant des connexions intimes des ganglions avec des organes importants, en particulier avec les troncs vasculaires, ont entraîné si rarement des cas de mort qu'il ne faut pas en conclure que ces adhérences soient un obstacle formel à l'ablation complète des adénopathies suppurées. Les nombreuses observations étrangères ou personnelles que nous rapportons sont une preuve de ce que nous avançons. Dans ces cas la plaie opératoire ne devra jamais être ni lavée,

et rarement touchée avec une solution forte de chlorure de zinc (au 10°).

Des adhérences avec les nerfs, si la dissection n'est pas prudemment conduite, peuvent résulter des troubles sérieux (récurrent) ou mortels (pneumogastrique), mais ces cas se comptent. Des paralysies, passagères la plupart du temps, succèdent à la section ou au tiraillement des filets moteurs.

Les ganglions de l'aîne offrent un intérêt spécial car ils peuvent se prolonger le long de l'artère iliaque et les dangers d'ouverture du péritoine, de déchirure de vaisseaux situés dans une région où l'on manœuvre moins aisément que partout ailleurs, rendent la dissection des glandes plus difficile sans qu'il ai cependant impossibilité de mener à bien l'opération.

Quelques accidents consécutifs à l'extirpation tels que l'angine, la fistule lymphatique ou salivaire sont rares et d'importance minime, étant donné que leur gravité est aussi négligeable que courte leur durée.

L'éléphantiasis durable est exceptionnel et a été signalé deux fois par Riedel après extirpation totale de ganglions inguinaux. Nous n'avons que deux cas bénins d'œdème peu prononcé de la face pour extirpation de ganglions cervicaux (Ob. LI et LII). La cicatrice chirurgicale est plus jolie que celle qui suit la guérison lente des écrouelles de longue durée, après suppuration. Elle est assez rarement chéloïdienne et l'on ne peut pas dire d'avance si elle le sera, car l'extirpation des ganglions hypertrophiés peut aussi bien lui donner naissance que celle des ganglions suppurés ou fistuleux.

Le curettage, comme l'a écrit notre maître M. le professeur Lannelongue, est une opération, en apparence seulement satisfaisante, mais ne donnant en réalité que des guérisons temporaires, laissant souvent à sa suite des fistules, et dans la coque des ganglions d'autres foyers qui donneront plus tard de nouvelles poussées tuberculeuses.

La méthode adoptée par Poncet n'est au fond qu'un curet-

tage avec de longues incisions pour arriver jusqu'aux ganglions. Elle est entachée des mêmes inconvénients que le curetage et passibles des mêmes reproches.

Il n'y a qu'une méthode logique, vraiment chirurgicale, c'est l'extirpation radicale, qui n'est, comme on l'a écrit, ni forcément incomplète, ni forcément insuffisante. Quelquefois sans doute on devra intervenir deux ou trois fois localement pour enlever une récurrence légère parce que précisément on n'aura pas été assez radical, qu'on aura, lors de la première opération, oublié un ganglion dégénéré, mais c'est en réalité la méthode qui donne les résultats les plus rapides, les moins incomplets, avec un total de récurrence minime comparativement aux autres modes de traitement, et si l'application du procédé n'est pas toujours parfait, ce sera néanmoins la méthode de choix tant qu'on n'aura pas trouvé un spécifique qui fera disparaître les adénopathies tuberculeuses, à coup sûr, sans intervention chirurgicale, agissant comme l'iodure de potassium pour les gommes syphilitiques.

Vu par le Président de la Thèse,
LANNELONGUE.

Vu :

Le Doyen de la Faculté,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de la Faculté de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	5
Historique	7
Etiologie des adénopathies scrofuleuses	9
Des interventions chirurgicales chez les tuberculeux	17
Traitement général	25
Evolution des ganglions à la suite de traitements insuffisants	28
Des injections d'iodoforme et de naphtol camphré	31
Manuel opératoire de l'extirpation	35
Accidents et dangers de l'extirpation	40
a — Vaisseaux (artères et veines)	40
b — Dangers du chlorure de zinc	46
c — Nerfs	74
d — Poumon et plèvre	82
e — Glandes salivaires	83
Des ganglions de l'aîne	85
De quelques accidents consécutifs à l'extirpation	95
a — Angine	95
b — Fistule lymphatique	98
c — Œdème. Eléphantiasis	99
Cicatrice	106
Du Curettage	109
Méthode mixte	114
Indications, contre-indications de l'extirpation	116
Du pansement après l'extirpation	118
Mortalité opératoire et récidives	120
Observations de malades revus	128
Observations de malades non revus	138
Conclusions	143

